



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Análisis y valoración de la intervención social desde
Proyecto Hombre (Huesca) con personas
drogodependientes en prisión.

Autora:

Andrea Escartín

Director

Jesús García

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Universidad de Zaragoza.

2020

Resumen

Este Trabajo de Fin de Grado supone una valoración de la intervención social, que se realiza con personas drogodependientes que han cometido algún tipo de delito y se encuentran cumpliendo algún tipo de suspensión de condena alternativa a prisión o que se encuentran en prisión.

Para la realización del mismo, se ha realizado un análisis teórico de las problemáticas y factores relevantes a las mismas y se han realizado varias entrevistas a diferentes profesionales dedicados al área social en el ámbito de las drogodependencias tanto en prisión como en libertad.

Palabras clave: intervención social, personas drogodependientes, delito, prisión, droga

Abstract

This Final Project involves an assessment of a social intervention, which is carried out with drug addicts who have committed some type of crime and are serving some type of suspended sentence as an alternative to prison or who are in prison.

To carry it out, a theoretical analysis of the problems and factors relevant to them as well as several interviews have been carried out with different professionals dedicated to the social area in the field of drug dependencies, both in prison and in freedom.

Key words: Social intervention, drug addicts, crime, prison, drug

Índice

1. Introducción	6
2. Planteamiento y diseño de la investigación.....	7
2.1. Objetivos	7
2.1.1. Objetivo general.....	7
2.1.2. Objetivos Específicos	7
2.2. Hipótesis	7
3. Marco teórico de referencia	8
3.1. Droga.....	8
3.1.1. Evolución de las formas de tratamiento con personas consumidoras.....	9
3.1.2. Datos referidos al consumo de sustancias tóxicas en Aragón y en España.	11
3.2. Delincuencia.....	12
3.2.1. Datos referidos a delitos cometidos por personas drogodependientes en España.....	14
3.3. Intervención social en prisión con personas drogodependientes.....	15
4. Marco legislativo	17
4.1. Reglamento Penitenciario	17
4.2. Código penal	17
4.3. Plan Nacional sobre Drogas 1985	18
5. Metodología.....	20
5.1. Perspectiva desde los profesionales de Proyecto Hombre de Huesca	21
5.1.1. Trabajadora social	21
5.1.2. Trabajadora social y terapeuta especializada en adicciones.....	23
5.1.3. Psicóloga.....	26
5.2. Perspectiva del Centro de Inserción Social “Rafael Salillas” de Huesca.....	26
5.2.1. Trabajadora social	26
5.3. Perspectiva del Centro Penitenciario de Zuera.....	28
5.3.1. Educador Social	28
5.4. Perspectiva desde Proyecto Hombre de Zaragoza.	30
5.4.1. Trabajador social y terapeuta especializado en la rehabilitación de personas dependientes de diferentes adicciones y a sus familias.	30
6. Conclusiones	32
7. Propuestas de mejora	34
8. Anexos.....	36
Entrevista Profesional nº 1	36

Entrevista profesional nº 2	40
Entrevista profesional nº 3	42
Entrevista profesional nº 4	44
Entrevista profesional nº 5	46
Entrevista profesional nº6.....	52
9. Bibliografía.....	58

1. Introducción

Este Trabajo de Fin de Grado se realiza con la intención de analizar y valorar la intervención social que se realiza con aquellas personas que presentan un problema con las drogas y que además han cometido algún tipo de acto delictivo y se encuentran cumpliendo algún tipo de medida alternativa a prisión o se encuentran en prisión.

Este trabajo se realiza ofreciendo un análisis desde la perspectiva de varios profesionales que realizan algún tipo de intervención con este colectivo, especialmente desde el Centro de Solidaridad de Proyecto Hombre de Huesca.

He elegido esta temática debido a mi interés en el ámbito penitenciario y debido a la colaboración que he mantenido durante la realización del Prácticum de Intervención en el curso 2019-2020 en el área de las drogodependencias, el cual me ha permitido mantener contacto con algunos de los profesionales que participan en mi investigación.

Igualmente, a partir de la realización del Prácticum de Intervención, me surgió el interés por conocer e investigar los puntos fuertes y los puntos débiles de la intervención social en estas áreas, así como lograr un mayor conocimiento y aprendizaje en ambas áreas.

2. Planteamiento y diseño de la investigación

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

El objetivo general de mi trabajo de investigación consiste en comprobar la eficacia del tratamiento de drogodependencias desde Proyecto Hombre de Huesca.

2.1.2. Objetivos Específicos

He planteado diversos objetivos específicos que me ayudarán a la consecución del objetivo general conforme el alcance de los mismos.

- Conocer el método de trabajo y las técnicas de intervención de Proyecto Hombre Huesca con usuarios/as drogodependientes en el ámbito ambulatorio.
- Conocer el método de trabajo y las técnicas de intervención de Proyecto Hombre Huesca con usuarios/as drogodependientes en prisión y/o con personas cumpliendo medidas alternativas.
- Conocer diferentes recursos que actúen en coordinación con Proyecto Hombre de Huesca para realizar la intervención con personas drogodependientes tanto en el ámbito ambulatorio, en prisión o con las personas que cumplen medidas alternativas.
- Conocer la relación, si existe, entre el consumo de drogas y la realización de diversos tipos de delitos.
- Diferenciar y buscar similitudes en las intervenciones llevadas a cabo en prisión y en el ámbito ambulatorio.
- Buscar diferencias entre las formas de intervención entre personas nacionales y personas extranjeras.
- Conocer las carencias y limitaciones que experimentan diversos profesionales en su práctica profesional.
- Conocer las dificultades existentes en la intervención con este colectivo.

2.2. Hipótesis

- 1) Existen diferentes tipos de delitos que se encuentran en mayor relación con las personas drogodependientes ya que los delitos cometidos por las personas adictas a algún tipo de sustancia tóxica se encuentran relacionados directa o indirectamente con este consumo. Así mismo, estas conductas delictivas son más comúnmente realizadas por los hombres que por las mujeres.
- 2) Tras una intervención social y el posterior abandono de consumo de drogas, se consigue una rehabilitación y una reintegración de los usuarios/as lo que conlleva una reducción de la comisión de actos delictivos.

3. Marco teórico de referencia

3.1. Droga

El término droga es de uso variado, tiene diferentes y multitud de definiciones.

Según la Real Academia Española, el término “droga” alude a *“sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”* (Real Academia Española:Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., s.f.).

La Organización Mundial de la Salud la define como *“toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”* (OMS, 1969).

El concepto de droga es toda aquella sustancia, ya sea natural o sintética, que produce adicción, es decir, la necesidad de volver a consumir dicha sustancia para experimentar el efecto que produce. Por lo tanto, las drogas refuerzan la conducta asociada a su uso (Fernández-Espejo, 2002).

El consumo continuado de sustancias tóxicas puede desencadenar en el individuo una dependencia bien psíquica o física.

Según la Organización Mundial de la Salud la dependencia desencadenada por el consumo de drogas se trata de *“un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto”* (World Health Organization, 1994).

Entendemos el término de dependencia psíquica como el sentimiento de satisfacción ligado al consumo de la sustancia y un impulso psíquico que exigen la administración continua de la droga para producir placer y bienestar. Por otra parte, la dependencia física refiere al estado de adaptación que se manifiesta cuando se suspende la administración de la droga o se influye en la acción de esta por la administración de un antagonista específico. La dependencia física se manifiesta a través de unos efectos físicos conocidos como síndrome de abstinencia (Kramer, Cameron, & World Health Organization., 1975).

La trayectoria histórica de las drogas en España, así como la intervención social ante la problemática que conllevaron, están determinadas por diversas etapas en las que se produce una progresión y una evolución de estas (Martín, 2007).

En la década de los sesenta, en España, se incrementa el consumo de anfetaminas y alucinógenos, pero sin que causaran una excesiva preocupación social. Las anfetaminas se administraban en las farmacias con la finalidad de preparar exámenes, adelgazar o conciliar el sueño (Infante, Barrio, & Martín, 2003).

A partir de la década de los ochenta y principio de los noventa, se produce un consumo compulsivo y rápidamente extendido de heroína en forma de inyección. Lo cual provoca en España unas altas tasas de mortalidad juvenil, una gran demanda de atención sanitaria y delincuencia contra la propiedad (Medina Mora, y otros, 2001).

En estos años aparecen en el mercado ilegal sustancias tóxicas similares a las anfetaminas, que adoptan el nombre de “drogas de diseño” o “drogas de síntesis” (Infante, Barrio, & Martín, 2003).

3.1.1. Evolución de las formas de tratamiento con personas consumidoras

Ante la problemática de las drogodependencias, en los años 80 y 90, existe una escasa y casi inexistente respuesta institucional ya que los únicos servicios existentes de ámbito nacional son los Dispensarios Antialcohólicos, los cuales estaban dotados de gran valor y fueron utilizados como referentes a los posteriores centros ambulatorios de atención a drogodependencias (Martín, 2007).

En la segunda mitad de los años 80, aparecieron diversos programas de atención destinados al abordaje de la problemática de las drogodependencias. Estos programas se fueron transformando y a la vez, se creaban diversos modelos de intervención que García. S y Arévalo. D (2015) los clasifican de la siguiente manera:

- *“Modelo jurídico.”* La persona drogodependiente es considerada como consumidor/a, así como que ésta actúa al margen de la ley para poder obtener recursos económicos para costearse el consumo. Las respuestas que proporcionaba este modelo eran medidas represivas hacia la persona que consumía.
- *“Modelo médico.”* Se basa en una visión individualista de la persona consumidora, donde aparece como un sujeto pasivo que utiliza la droga con la finalidad de alterarse mentalmente, creando dependencia a la sustancia consumida. Las soluciones que proporcionaba este modelo eran tratamientos farmacológicos.
- *“Modelo sociológico.”* Este modelo prioriza los factores socioeconómicos y ambientales como los generadores del problema de la drogodependencia, siendo su resolución la transformación y cambio de las estructuras sociales en las que se mueve el individuo.
- *“Modelo bio-psico-social.”* Con este enfoque se produce un cambio en cuanto al papel que desempeña el consumidor, siendo éste un sujeto activo con respecto a su consumo. Las respuestas ante este problema se realizan interviniendo de manera integral y teniendo en cuenta los diferentes ámbitos de la vida del individuo, abordando el problema desde la tarea educativa para la futura rehabilitación del mismo.

Este último modelo cambió la visión sobre la forma de tratamiento y de intervención con este colectivo, haciendo que el resto de los enfoques se consideraran complementarios del mismo (García & Arévalo, 2015).

En 1985 se aprueba la primera iniciativa promovida por el Gobierno, el Plan Nacional de Drogas, el cual crea una estructura administrativa, que constituye una red de atención e intervención ante la problemática (Medina Mora, y otros, 2001).

Durante los siguientes años se crearon una gran variedad de redes de atención de drogodependencias integradas por diferentes grupos interdisciplinares; formada y estructurada por diferentes programas, servicios y recursos organizados con capacidad para dar respuesta a las necesidades que presentaban las personas drogodependientes. Sin embargo, estas redes tenían como objetivo únicamente la abstinencia y la inserción social del usuario/a (Martín, 2007).

Como consecuencia, se produce una disminución de la tasa de mortalidad en relación al consumo de drogas y una disminución de diagnósticos de VIH en consumidores de droga por vía intravenosa (Medina Mora, y otros, 2001).

También se produce un descenso del consumo de heroína, sin embargo, aparecen nuevos patrones de consumo asociado a la aparición de nuevas drogas, que son consumidas especialmente entre los jóvenes. Durante estos años y hasta la actualidad, el consumo se realiza con fines recreativos en el que se consumen

drogas que alteran la percepción, los estados de conciencia y/o la capacidad de reacción de los estímulos externos. En este tiempo se produce con frecuencia el policonsumo, es decir, se consumen varias sustancias tóxicas a la vez. Todo ello ligado al ocio y al tiempo libre (Infante, Barrio, & Martín, 2003).

Estos nuevos patrones de consumo y estas novedades en el ámbito de las drogodependencias provocan la aparición de nuevas necesidades de intervención, otorgando una mayor importancia a la labor de la prevención (Martín, 2007).

Entre 2008 y 2016, las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) han sido las entidades que han atendido la demanda y problemática de drogodependientes. En 2014, se produjo el cierre de la única Comunidad Terapéutica pública en Aragón, lo que provocó una disminución de asistencia en el ámbito de drogodependencias, así como una disminución de medidas alternativas a penas privativas de libertad (III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón, 2018-2024).

Entre las limitaciones que presenta la red asistencial, el III Plan de Adicciones de Aragón (2018-2024), señala que es necesario la integración del tratamiento de adicciones en la red de Salud Mental; la concreción de la cantidad mínima de profesionales en los recursos ambulatorios; asignar la población que debe atender cada una de las UASA, así como una valoración de los recursos existentes en las mismas.

Las intervenciones de prevención universal en el ámbito de las adicciones han dado resultados óptimos debido a la mejora de la información proporcionada y a la percepción de riesgo entre los jóvenes. Sin embargo, la prevención selectiva o indicada, no ha tenido tanto éxito debido a la falta de la identificación de necesidades y del colectivo vulnerable (Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020).

El problema de consumo de alcohol ha estado presente durante mucho tiempo en nuestro país. Anteriormente, este consumo se asociaba a varones de edad media, sin embargo, como consecuencia de los cambios sociales que se han producido en nuestra sociedad, este consumo y el de otras sustancias tóxicas, ha aumentado entre las mujeres y jóvenes (Medina Mora, y otros, 2001).

Según el Plan de Acción sobre Adicciones (2018-2020), se suele asociar la dependencia de sustancias psicoactivas a los jóvenes, pero en realidad, esta problemática está cada vez más extendida entre la población de mayor edad, por lo que los servicios y tratamientos se deben adaptar a las necesidades de este colectivo. Sin embargo, en 2016, solo cuatro Comunidades Autónomas realizaron actividades para mejorar la accesibilidad de servicios de atención a drogodependencias a la población mayor de 65 años.

En cuanto a este envejecimiento de la población consumidora, la Estrategia Nacional de Adicciones (2017-2024), señala que se hace necesario una mejora y adaptación de la intervención a las necesidades de este colectivo, así como a las necesidades de la mujer y una mejora de las oportunidades de acceso de aquellos colectivos más vulnerables.

3.1.2. Datos referidos al consumo de sustancias tóxicas en Aragón y en España.

En relación al consumo, según la encuesta EDADES (2017), la cual se realiza en la población de 15 a 64 años, las drogas legales más consumidas en España entre este grupo de edad son el alcohol, ya que el 91,2% de la población lo ha consumido alguna vez en su vida, y el tabaco, siendo el 69,7% de personas que han fumado tabaco alguna vez. A estas sustancias, le siguen el consumo de hipnosedantes, con y sin receta, con un 20,8% de personas entre 15 y 64 años que las han consumido alguna vez en su vida. Por otra parte, entre las drogas ilegales más consumidas está el cannabis, que en el 2017 se obtiene el máximo valor que se ha producido en la historia, con un 35,2%, y la cocaína ya que el 10,0% de la población de este grupo de edad la ha consumido alguna vez. El resto de las drogas, se mantienen por debajo del 5% (Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES), 1995-2017).

En el caso de Aragón, el 81,7% de los estudiantes cursando enseñanzas secundarias de entre 14 y 18 años ha consumido alcohol alguna vez en su vida. Así como el 46,1% ha fumado el tabaco en alguna ocasión, y el 35% ha consumido cannabis alguna vez en su vida. El 16,9% ha tomado hipnosedantes, siendo el 6,5% de estudiantes que los han tomado sin receta (Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2018. Informe Aragón, 2018).

Destacar que la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre la población de entre 15 y 64 años, se establece en la etapa de la adolescencia. En caso del alcohol, tabaco y cannabis su inicio es más temprano (alrededor de los 16 años aproximadamente) respecto al inicio de consumo de anfetaminas, alucinógenos, éxtasis, cocaína en polvo y/o base y otros tipos de sustancias, que se sitúa en la entrada a la edad adulta (en torno a los 20 años). Sin embargo, el inicio del consumo de hipnosedantes con o sin receta se sitúa en la etapa adulta (a partir de los 30 años en adelante) (Estadísticas 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, 2019).

En cuanto a la población entre 14 y 18 años de España, la encuesta ESTUDES señala que las sustancias más consumidas es el alcohol, siguiendo del tabaco y del cannabis. El 77,9% ha consumido alcohol alguna vez en su vida, el 41,3% ha consumido tabaco en alguna ocasión y el 33,0% admite haber consumido cannabis alguna vez en su vida. Seguido de estas sustancias, está el consumo de hipnosedantes, con y sin receta, siendo el 18,4% que ha tomado alguna vez en su vida estas sustancias. El consumo de cocaína es inferior al 3% y el éxtasis se encuentra en torno al 2,6%. El resto de las sustancias presentan porcentajes inferiores a 2% (Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018).

En cuanto al consumo diario de sustancias psicoactivas, el 34% de la población de entre 15 y 64 años consume a diario tabaco, el 7,4% consume a diario alcohol, el 5,9% hipnosedantes con o sin receta, y el 2,1% cannabis (Estadísticas 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, 2019).

Haciendo referencia a la población que inicia tratamiento en los Centros de atención a adicciones, se produce un descenso en 2011, con mayor presencia de hombres que de mujeres. Igualmente, en Aragón, se ha observado un cambio en los grupos de edad de las personas que se someten a tratamiento. A partir de 2014, disminuye el porcentaje de personas jóvenes que inician tratamiento y aumenta el número de personas con 41 años o más, suponiendo, en 2017, el 48% del total de la población (III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón, 2018-2024).

En 2017, la droga ilegal por la que más personas inician tratamiento es la cocaína (43,1%), seguida del cannabis (27,6%) y los opioides (24,9) (Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, 2019)

3.2. Delincuencia

Por otro lado, analizaré el término de delincuencia, tratando de establecer una relación con el ámbito de las drogas.

El término “delincuencia” es difícil de definir ya que obtiene numerosos significados.

Según la Real Academia Española, este término obtiene diferentes definiciones. La encontramos definida como “*cualidad del delincuente*”, como “*acción de delinquir*”, como “*conjunto de delitos*” y como una “*colectividad de delincuentes*” (Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., s.f.).

Esta definición nos lleva al término “delito”, el cual la Real Academia Española lo define como “*quebrantamiento de la ley*” y como “*acción u omisión voluntaria o imprudente penada por la ley*” (Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., s.f.).

Existe una tipología de delitos que están relacionados con las drogas. Manuel Otero (1994) en su libro los clasifica de la siguiente manera:

- “*Delitos relacionados directamente con las drogas*”, que suelen ser delitos con violencia. Estos delitos son los más susceptibles de ser realizados por aquellas personas que consumen sustancias tóxicas bien por los efectos que causan ciertos tipos de drogas o bien con la finalidad de conseguir medios económicos para el consumo.
- “*Delitos en la distribución de drogas*.” Estos delitos son todos aquellos que tienen que ver con la distribución de sustancias tóxicas para asegurar el flujo ininterrumpido de compra y venta de las mismas.
- “*Delitos definidos por las drogas*.” Son los ocasionados por la posesión y/o por el tráfico de drogas.

En el texto de Leganés Gómez, S. (2010), se plasma las siguientes tipologías:

- “*Delincuencia inducida*.” Es la que se origina como consecuencia de la intoxicación por el consumo de droga, que viene determinada por los efectos que esta intoxicación provoca. Este tipo de delincuencia suele ser esporádica, y se suele dar ocasionalmente, vinculada a épocas o momentos concretos. Dentro de este tipo de delincuencia se encuentran delitos contra la libertad sexual, contra las personas, contra el orden público, contra la seguridad del tráfico, contra la propiedad.
- “*Delincuencia funcional*.” Se cometen delitos con la finalidad de obtener recursos económicos para poder consumir drogas. La frecuencia de este tipo de delincuencia está determinada por el grado de dependencia que tiene el individuo hacia la o las sustancias tóxicas y por los medios económicos que posee para poder pagarla. Encontramos delitos contra el patrimonio; delitos de malversación; delitos de falsedades; tráfico de drogas; tenencia de armas...
- “*Delincuencia relacional*.” Se cometen actos delictivos en relación al consumo y facilita dicho consumo. Se origina facilitando directa o indirectamente la droga o la obtención de recursos económicos para conseguirlo. Se realizan conductas de tráfico en sentido amplio, es decir, el cultivo y/o elaboración de la droga, el tráfico de esta, etc.; delitos de receptación.
- “*Tráfico de drogas por personas no consumidoras*.” Este tipo de delitos lo cometen personas que no consumen drogas pero que se dedican al narcotráfico. Se encuentran delitos de corrupción, falsedades para camuflar envíos, etc. (Leganés Gómez, 2010).

Otra clasificación referida a los tipos de delitos relacionados con las drogas es la de Goldstein (1995) (citado en Esbec & Echeburúa, 2016) que diferencia entre:

- *“Delitos resultados de los efectos farmacológicos directos o indirectos de la sustancia consumida.”*
- *“Delincuencia funcional.”* Referida a aquellos casos en los que se cometen delitos para obtener recursos económicos para conseguir droga.
- *“Delitos de narcotráfico a pequeña escala.”* Como sería el autoabastecimiento de droga.
- *“Delitos de narcotráfico a gran escala.”* Ejemplos de este tipo de delito sería el blanqueo de capitales, homicidios, delitos fiscales, etc.

Para poder establecer una relación entre las drogas y la delincuencia, es necesario identificar el tipo de sustancia consumida ya que cada tipo produce unos efectos diferentes en el individuo. Igualmente, hay que tener en cuenta la personalidad del individuo, diferenciando si el individuo sólo comete actos delictivos bajo el efecto de las drogas o si el individuo comete delitos tanto como consecuencia de los efectos de las drogas como de cualquier otra circunstancia (Otero, 1994).

Siguiendo en esta línea, según Esbec, E. y Echeburúa, E. , destacan la importancia de diferenciar al individuo que es drogadicto-delincuente, el cual comete actos delictivos como consecuencia de los efectos de las drogas o por la carencia de las mismas; del delincuente-drogadicto el cual presenta problemas en su integración en la sociedad debido a la falta de capacidades y habilidades sociales y cuenta con un historial criminológico, en el que el consumo de drogas es un factor secundario (Esbec & Echeburúa, 2016).

3.2.1. Datos referidos a delitos cometidos por personas drogodependientes en España.

En cuanto a los delitos de tráfico cometidos, la Estrategia Nacional de Adicciones (2017-2024) señala que, en España, es muy frecuente conducir bajo el efecto de sustancias psicoactivas. El 12% de españoles que conducen, han consumido algún tipo de droga antes de conducir (dato general del estudio de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas elaborado por la Dirección General de Tráfico (DGT) en 2015 (EDAP'15, DGT, 2016). El cannabis y la cocaína son las drogas que más consumen los conductores.

El 43% de los conductores fallecidos presentaron positivos en alguna sustancia psicoactiva y siendo hombres la mayoría (91,6%). Entre los peatones fallecidos, el 46,4% muestran positivos en sangre en drogas (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024).

En 2016, aumentaron las denuncias en relación al consumo y la tenencia de drogas y otro tipo de infracciones relacionadas con las mismas. Las detenciones por tráfico de drogas también han aumentado respecto a 2015, existiendo una mayor prevalencia de consumidores de cannabis (52,82%) y de cocaína (27,95%), que de otras drogas. El grupo de edad que mayor número de denuncias presenta, es el de 19 a 25 años, representando el 41,35% del total de las denuncias, teniendo una mayor prevalencia los hombres que las mujeres (Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024).

En 2018, se realizaron 21.664 detenciones por tráfico de drogas, frente a 20.422 detenciones registradas en el año anterior. La mayoría de las detenciones y denuncias mantenían relación con derivados del cannabis (53% y 83% de los casos) y con sustancias de la familia de la cocaína (29%). En este mismo año, se produjeron 381.100 denuncias por tenencia y consumo de drogas en lugares públicos, siendo mayor el número de detenciones por cannabis y cocaína (Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, 2019).

3.3. Intervención social en prisión con personas drogodependientes

El consumo de drogas constituye uno de los principales problemas de la vida en prisión que conlleva cierta gravedad debido a las consecuencias que provoca tanto en el interno/a (problemas de salud, dificultades formativas y laborales, desestructuración de la personalidad...) como a nivel social (difícil convivencia familiar, falta de habilidades sociales...) (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias).

Según la Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (2016), el 71% de los internos han consumido alguna droga ilegal en su vida y el 20,6% de los internos, ha consumido alguna droga ilegal en los últimos 30 días.

El ingreso en prisión provoca una disminución del porcentaje de personas consumidoras de todas las drogas (Sendino, Álvarez, Arroyo, Acín, & Guerrero, 2016).

Tal y como se muestra en la ESDIP (2016), el consumo de drogas está más extendido entre los hombres y jóvenes que entre las mujeres.

Ante esta problemática, según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, se desarrollan y se promueven diferentes programas de intervención que tienen la finalidad de la prevención, la asistencia y la reincorporación social, con el fin último de lograr la normalización y la integración social del interno.

A la hora de llevar a cabo un programa, se deben tener en cuenta las características individuales y las necesidades del individuo para así lograr una intervención más eficiente (Secretaría General Instituciones Penitenciarias, s.f.).

En la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, se describen los objetivos de los programas de intervención de atención a drogodependientes:

- La prevención el inicio del consumo de drogas y de conductas de riesgo. Ligado a la prevención y la reducción de riesgos y daños asociados al consumo.
- Conseguir la abstinencia, total o intermitente en los individuos con la finalidad de romper la dependencia y establecer una reordenación de la dinámica personal y social.
- Optimizar la incorporación social a través del aprendizaje y configuración de habilidades y de recursos que permitan superar el tratamiento en libertad y conseguir su normalización e integración social.

Siguiendo con los datos de la ESDIP (2016), 28,5% de internos reconoce que ha recibido tratamiento para dejar el consumo de drogas en libertad, alguna vez en su vida. El 72% continuó recibiendo este tratamiento en prisión, frente al 44,6% de internos que abandonan el tratamiento en prisión (Sendino, Álvarez, Arroyo, Acín, & Guerrero, 2016).

Desde las instituciones penitenciarias, se realiza la prevención dirigida a toda la población, así como actividades terapéuticas y acciones reinsertadoras tanto para las personas activas en el consumo de drogas como para las personas en proceso de recuperación. Según la SGIP, para el abordaje de esta problemática de manera integral, los centros penitenciarios realizan los siguientes programas:

- *“Programa de prevención y educación para la salud.”* El objetivo de este programa es proporcionar información sobre el consumo de drogas y las consecuencias de las mismas con la finalidad de evitar el inicio del consumo. También promover un estilo de vida saludable, así como el aprendizaje de habilidades para rechazar el consumo y promover una inserción social con éxito.

- *“Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ).”* El objetivo es proteger la salud y la vida de los drogodependientes que consumen por vía inyectada a través de jeringuillas usadas, debido al riesgo que configura a la hora de la adquisición y transmisión de enfermedades graves, ofreciendo la posibilidad de utilizar un equipo de inyección estéril.
- *“Programa de tratamiento con metadona.”* Este programa consiste únicamente en la dispensación del fármaco ya que se trata de una intervención muy efectiva en la reducción de riesgos y daños, así como en el tratamiento de la dependencia. Este programa es aconsejable que se complemente con una intervención rehabilitadora, de apoyo psicosocial y de reinserción social en su salida en libertad.
- *“Programa de deshabituación.”* Este programa consiste en la desintoxicación y en la deshabituación del individuo en el consumo de drogas. Con la desintoxicación se consigue la desaparición de la dependencia física de la sustancia o las sustancias que han provocado la adicción, a través de tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia y estableciendo acciones de apoyo complementarias. Por otra parte, con la deshabituación desaparece la dependencia psicológica. A la vez se trabajan habilidades, pautas de conducta y capacidades que favorezcan la integración social y que permitan enfrentarse a situaciones difíciles sin acudir al consumo de las drogas para solucionarlas.
- *“Programa de reincorporación social.”* El fin de este programa es el aprendizaje y puesta en práctica de habilidades, actitudes y recursos que favorezcan el éxito del desenvolvimiento personal, social, familiar y laboral, con el objetivo de una completa normalización e integración en la sociedad.

La ESDIP (2016) plasma que el 24,6% de los internos reciben tratamiento en prisión para controlar y/o abandonar el consumo de drogas (Sendino, Álvarez, Arroyo, Acín, & Guerrero, 2016).

En las instituciones penitenciarias, (Secretaría General Instituciones Penitenciarias, s.f.), la intervención con drogodependientes se realiza de dos formas diferentes:

- 1) *“Intervención ambulatoria/ Centro de día.”* Los profesionales pueden desarrollar la intervención de manera ambulatoria en espacios adecuados que pueden estar ubicados dentro de cada módulo o en centros de día, con diversas salas o despachos.
- 2) *“Módulo terapéutico.”* Se trata de módulos independientes dirigidos a aquellos internos e internas en tratamiento de drogodependencias con la finalidad de crear un espacio socioeducativo y terapéutico, libre de las influencias de las drogas.

4. Marco legislativo

4.1. Reglamento Penitenciario

El Reglamento Penitenciario, en su artículo 51, nombra los artículos y objetos no autorizados dentro del Centro Penitenciario, entre los cuales se mencionan las drogas tóxicas, los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas que no estén bajo prescripción facultativa. Como consecuencia de la tenencia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas que no estén bajo prescripción médica, se encuentra el artículo 102, por el cual se clasificará como internos de primer grado a aquellos que posean una cantidad importante de estas sustancias destinadas a su tráfico.

En el artículo 116 se nombran los programas de atención especializada de los Centros Penitenciarios, entre los que se encuentran los programas de atención especializada en drogodependencias (tratamiento y deshabituación). La Administración Penitenciaria en coordinación con otras Administraciones públicas o con organismos acreditados se encargarán de realizar estos programas, siempre que los internos lo soliciten voluntariamente. Igualmente, el artículo 174 garantiza que se establezcan las condiciones necesarias para el desarrollo de diferentes programas, entre los que se encuentran los programas de intervención de drogodependencias.

El artículo 182 ofrece la posibilidad de cumplir el internamiento en un centro de deshabituación y en un centro educativo específico. Plantea la posibilidad de autorizar la asistencia en instituciones extrapenitenciarias a aquellos penados con un régimen de tercer grado que necesitan un tratamiento específico para la deshabituación de drogodependencias y de adicciones en general.

4.2. Código penal

En el Código Penal, el artículo 20 hace alusión a las personas exentos de responsabilidad criminal, entre los que se encuentran aquellos que en el momento de cometer la infracción penal se encuentren en un estado de intoxicación por consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras sustancias que produzcan efectos análogos, siempre que no se haya previsto con anterioridad la realización del delito o tuviese el propósito de cometerlo o la persona se halle bajo el síndrome de abstinencia. Tras este artículo, el 21 redacta las circunstancias atenuantes entre la que se encuentra la de que el culpable actúe bajo la grave adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 20, en el apartado 2.

El artículo 83 establece que se puede suspender el cumplimiento de las penas privativas de libertad y de la libertad condicional cuando sea necesario para evitar el peligro a cometer nuevos delitos. A cambio de esta suspensión del cumplimiento de penas, se establece como opción la de participar en programas de deshabituación de drogodependencias y alcohol, de sustancias estupefacientes o de otros comportamientos adictivos.

En el artículo 368 se explican las consecuencias y las penas que se establecerán en aquellas personas que promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de sustancias tóxicas, estupefacientes o psicotrópicas, así como su cultivo, elaboración o tráfico. Igualmente, el artículo 371 establece las penas para aquellos que fabriquen, transporten, distribuyan, comercien o tengan en su poder materiales, sustancias o equipos que se vayan a utilizar posteriormente para el cultivo, la producción o la fabricación ilícita de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

4.3. Plan Nacional sobre Drogas 1985

Por otra parte, el Plan Nacional sobre Drogas se crea en 1985, con el objetivo de *“coordinar y potenciar las políticas de drogas de las distintas Administraciones Públicas y las actividades de las entidades y organizaciones sociales para hacer converger esfuerzos, con independencia de ideologías o filiaciones políticas* (Plan Nacional Sobre Drogas 1985-2015).

Pretende diseñar, ejecutar y evaluar las políticas en materia de adicciones que se desarrollarán tanto desde las Administraciones Públicas como desde las entidades sociales en España. La finalidad de este Plan es reducir el impacto sanitario y social de las adicciones, a través de la prevención y de la incorporación social de los afectados/as por las mismas (Plan Nacional Sobre Drogas 1985-2015).

En cuanto a la prevención, este Plan señala que se debe desarrollar en el marco de la educación para la salud y el bienestar y debe estar dirigida a mejorar las condiciones de vida de la población y a evitar la marginalidad. En torno a este eje, se proponen diferentes adicciones, entre las que se encuentran las siguientes (Plan Nacional sobre Drogas, 1985):

- *“Medidas para la mejora del sistema educativo.”*
- *“Campañas de orientación y sensibilización social en los medios de comunicación.”*
- *“Formación ocupacional y fomento del empleo para favorecer la inserción de los jóvenes.”*
- *“Promoción de actividades alternativas de alumnos.”*
- *“Apoyo a asociaciones a través de la acción concertada.”*
- *“Planificación de medidas que conduzcan a una reducción del consumo de alcohol.”*
- *“Agravación de las penas correspondientes al tráfico de drogas.”*
- *“Suspensión temporal de la pena si el toxicómano traficante se somete a rehabilitación.”*
- *“Aumento del control sobre el uso de medicamentos psicoactivos.”*

En lo relativo a la asistencia de este tipo de colectivo, es necesario intervenir a partir de un enfoque psicosocial integral, con el objetivo de lograr la abstinencia y la reinserción social del drogodependiente. La asistencia debe organizarse a través de los servicios comunitarios, tanto de salud como sociales (Plan Nacional sobre Drogas, 1985).

A la hora de diseñar la asistencia, el Plan Nacional sobre Drogas (1985) manifiesta que es necesario lo siguiente:

- *“Complementariedad entre servicios de salud y sociales para la elaboración de programas terapéuticos.”*
- *“Potenciación de redes generales de servicios asistenciales la frente a la creación de servicios paralelos especializados.”*
- *“Promoción de formas alternativas al internamiento fomentando la asistencia en el ámbito familiar y comunitario.”*

Igualmente, el Plan Nacional sobre Drogas propone una serie de actuaciones:

- *“Elaboración de un modelo de atención.”*
- *“Regulación de Centros que presten servicios de asistencia a toxicómanos.”*
- *“Convenios-programa con CC.AA. para mantenimiento de servicios propios o concertados en régimen de internamiento y apoyo al desarrollo asociativo.”*
- *“Convenios-programa con CC.AA. para financiar a través de ayuntamientos, servicios de información y orientación y centros especializados de asistencia y reinserción social.”*

- *“Regulación y registro de tratamientos con metadona.”*

De este Plan Nacional sobre Drogas, se desliga la Estrategia Nacional sobre Drogas, la cual se desarrolla a través de Planes de Acción cuatrienales (Plan Nacional Sobre Drogas 1985-2015).

Estos planes contienen las acciones necesarias para alcanzar y cumplir los objetivos que se establecen en la Estrategia y tienen una vigencia de cuatro años. Se desarrollan en torno a seis ejes de acción: coordinación; prevención y sensibilización social; atención integral; mejora del conocimiento; reducción de la oferta y cooperación internacional (Plan Nacional Sobre Drogas 1985-2015).

El Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020 es el que se encuentra vigente actualmente. Este plan establece siete áreas de actuación: prevención y reducción del riesgo; atención integral y multidisciplinar; reducción de daños; incorporación social; reducción y control de la oferta; revisión normativa; cooperación policial y judicial a nivel nacional e internacional (Plan de Acción sobre Adicciones, 2018-2020).

5. Metodología

Ander - Egg (1995) define la investigación social como *“el proceso que, utilizando el método científico, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social o bien estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos con fines prácticos.”*

Atendiendo a los diferentes tipos de investigación existentes, este Trabajo de Fin de Grado consta de una investigación descriptiva debido a que consta de la descripción de los diferentes factores y aspectos relevantes que giran en torno al ámbito de las drogodependencias, así como de las conductas delictivas relacionadas con las mismas.

La investigación se ha llevado a cabo a través de búsquedas de bibliografías, así como de la extracción de información de las entrevistas realizadas a profesionales del ámbito penitenciario y del ámbito de las drogodependencias.

En este Trabajo de Fin de Grado se ha utilizado una investigación cualitativa a través de la utilización de técnicas como es la entrevista semi-estructurada dirigida a distintos profesionales tanto del ámbito penitenciario como del ámbito de las drogodependencias. Se han realizado entrevistas a profesionales pertenecientes al Centro Penitenciario de Zuera y al Centro de Inserción Social “Rafael Salillas” de Huesca y a profesionales pertenecientes, primordialmente, a Proyecto Hombre de Huesca y en menor medida, a Proyecto Hombre de Zaragoza, para conseguir un enfoque más global e integral de las formas y modo de intervención con las personas drogodependientes y el abordaje de la delincuencia en torno a este colectivo.

5.1. Perspectiva desde los profesionales de Proyecto Hombre de Huesca

Proyecto Hombre de Huesca se trata de un servicio ambulatorio en el cual se lleva a cabo la atención e intervención integral con individuos que presentan problemas de drogodependencias o de otras adicciones. Así mismo, se realizan diferentes tipos de medidas alternativas, derivadas del Centro de Inserción Social “Rafael Salillas” de Huesca, entre las que se destacan las que tienen relación con las drogas. Igualmente, la terapeuta del centro de Solidaridad Interdiocesano (Proyecto Hombre) de Huesca se desplaza al Centro Penitenciario de Zuera para realizar intervenciones y acciones con el módulo de mujeres.

He realizado entrevistas a la psicóloga, a la trabajadora social y a la terapeuta de Proyecto Hombre de Huesca para conocer las diferentes perspectivas que tienen las mismas en cuanto al tratamiento e intervención con las personas drogodependientes y, también, con las personas que presentan medidas alternativas que guardan relación con las drogas.

5.1.1. Trabajadora social

En lo relativo a la intervención y a una primera aproximación a este colectivo, considera que es necesario y primordial establecer un acercamiento y una comprensión al dolor que llevan consigo las personas que presentan una adicción, así como a la realidad en la que se encuentran. Así mismo comenta lo siguiente:

“En las adicciones, y en las vidas de las personas que tienen problemas legales, es muy común encontrar grandes desajustes emocionales, déficits de regulación emocional y duelos, traumas y episodios complejos sin elaborar. No hay que ver sólo la punta del iceberg, no hay que centrarse sólo en que la persona deje de consumir o delinquir; hay que bucear y ver todo el bloque de hielo que obstaculiza el paso normalizado por la vida.”

Así pues, el consumo de drogas seguramente no sea el único problema al que se enfrenta este colectivo ya que suelen estar sometidos al estigma y la pérdida de dignidad que lleva consigo el consumo, igualmente, presentan dificultades para gestionar adecuadamente sus emociones y su sufrimiento así como *“...la soledad a la que pueden verse expuestos, después de haber perdido el apoyo de su entorno familiar, laboral, social; o el estrés añadido que supone la amenaza de poder perderlo, generándose un sentimiento de culpa, vergüenza e indefensión muy doloroso e invalidante.”*

Las personas drogodependientes se enfrentan a una serie de barreras sociales como son el rechazo, el miedo, el estigma, la etiqueta y la falta de oportunidades.

“Además, no hay que olvidar que el índice de patología dual; ósea comorbilidad de patología o trastorno mental y conducta adictiva; es muy elevado. Y esta realidad no hace más que complicar aún más la situación en lo que a inclusión y normalización social se refiere.”

En cuanto a la intervención con personas de diferente culturalidad, es importante siempre tener en cuenta los aspectos culturales del usuario/a, así como profundizar en el origen de la realización de algunas conductas o consumos ya que algunas personas cambian sus actitudes y/o hábitos como medio para la asimilación de la nueva cultura.

“Sin embargo, los mecanismos de regulación emocional a través de sustancias, juego, comida, compras, personas, sexo; es decir la evitación del sufrimiento y del malestar, es un fenómeno común al ser humano. Es cierto que en las culturas donde la expresión y gestión de las emociones es más encorsetada y se tiende a suprimir, los problemas de regulación emocional pueden verse acrecentados con manifestaciones

conductuales patológicas como las adicciones o la delincuencia, pero en todas las culturas se dan fenómenos relacionados con el consumo problemático, con las dependencias y con la delincuencia.”

Con respecto a los delitos cometidos, la trabajadora social los diferencia entre los delitos más frecuentes cometidos por las personas que se encuentran en prisión siendo “... los más numerosos son los delitos contra la salud pública, seguidos por las personas que han tenido o provocado un accidente de tráfico grave con víctimas mortales y conducían bajo los efectos de sustancias legales y/o ilegales” y los delitos cometidos por personas que cumplen una medida alternativa “...vienen a ser más numerosos los casos de personas que han conducido bajo los efectos de sustancias legales y/o ilegales y que han ocasionado o han podido ocasionar un accidente, a veces con víctimas mortales, pero normalmente son episodios digamos de menor gravedad.”

En lo referente al apoyo familiar y social que presentan los usuarios/as, considera que constituye una base segura en la recuperación del individuo, siempre que el mismo sea de calidad. Relata que son muchos los casos en los que aparentemente presentan un fuerte apoyo familiar y social, sin embargo, conforme avanza la intervención aparecen deficiencias sistemáticas importantes en los mismos que provoca que se conviertan en un factor estresante para el individuo. En estos casos, es necesario presentar capacidades para descubrir a estos tipos de familias para así reparar estos sistemas y crear relaciones funcionales a la vez que empoderar al usuario/a para percibir estas conductas y adquirir autonomía.

“Y por supuesto, se dan los casos en los que la familia y la red social ha terminado claudicando o bien es inexistente por diversos motivos, como la muerte, la enfermedad y discapacidad o la emigración. Y la soledad actúa como un pesado yugo que alimenta una espiral de autodestrucción y abandono. En estos casos, el acompañamiento social es crucial, debe ser muy intenso.”

Acerca del papel que realizan las mujeres en cuanto a la incorporación a los programas de tratamiento de drogodependencias, la trabajadora social experimenta un número mayor de casos atendidos de hombres que de mujeres, pero es un fenómeno en proceso de transformación.

“Y a pesar de que tradicional y culturalmente los hombres eran los que bebían y consumían sustancias, sexo, juego, etc.; y por lo general son más propensos a suprimir las emociones a través de conductas evasivas de consumo; los procesos de igualdad y el feminismo ha abierto la ventana a que muchas mujeres que consumían en silencio ahora lo hagan públicamente, y que el abrirse al mundo implique también tomar contacto con esos mecanismos de regulación emocional tradicionalmente reservados a los hombres.”

Por último, en lo que se refiere a las deficiencias o mejoras que se podrían realizar en la atención y en la intervención social que se realiza tanto con las personas drogodependientes como con aquellas que han cometido algún delito relacionado con las drogas, menciona que la variable personal adquiere mucho peso en este tipo de intervenciones.

“Por eso creo que lo importante es mantener siempre el espíritu social despierto, crítico y constructivo, humilde y soñador, propicio para rescatar e impulsar sueños rotos, para repensar y dudar una y mil veces de las verdades absolutas. Si esto se mantiene intacto, y, es más, se fortalece, el trabajo estará bien hecho y la calidad en términos humanos y no cuantitativos será el resultado final. La ética es fundamental en nuestra profesión y el amor por las personas y la práctica de los buenos tratos un imprescindible en nuestra cartera profesional.”

5.1.2. Trabajadora social y terapeuta especializada en adicciones

En cuanto a las dificultades y problemas que se enfrentan los profesionales del área de intervención social en el tratamiento de las personas drogodependientes, la terapeuta narra como principales la impulsividad y agresividad que caracteriza su personalidad, la falta de autoestima y una gran falta de conciencia sobre el problema que presentan. Igualmente, la presencia de patologías duales ocasionadas por el consumo constituye una gran dificultad a la hora de intervenir con este colectivo. Unido todo esto a lo siguiente:

“La falta de habilidades sociales, falta de control emocional y dificultades familiares, sociales para su plena reinserción social. Dificultades de maduración personal, ser conscientes de los factores de riesgo que los ha llevado al consumo y problemas legales ante las adicciones”.

En el caso de las personas drogodependientes que se encuentran en prisión los principales problemas que se presentan son que *“la mayoría de población reclusa no quiere acceder a los programas de prevención y tratamiento de las enfermedades por abuso de sustancias, por el compromiso que supone la adquisición de pautas exigentes”.*

Asimismo, habría que sumarle la exclusión social a la que se enfrentan debido a la drogodependencia y a su condición de interno, y sus dificultades económicas, familias y sociales.

Siguiendo con la intervención social con este colectivo, los profesionales dedicados a realizar el tratamiento y la atención a las personas drogodependientes deben ser conscientes de la vulnerabilidad que presentan los usuarios/as y propiciar la reinserción como elemento primordial. En el caso de las personas que se encuentran en prisión, es necesario lo siguiente:

“Dejarse acompañar por profesionales expertos durante su cumplimiento de condena y en su fase de excarcelación, informarse de los recursos existentes y las prestaciones y beneficios que les corresponda. Así como, asistir a reuniones y apoyos de entidades para ellos mismos y sus familiares para la fase de reinserción social. Participar en otras entidades de voluntariado, para desarrollar habilidades sociales, estar en un foro que se sientan integrados y valorados, para sentirse bien consigo mismo como factor de prevención. Trabajar una educación integral saludable, ser conscientes de la salud y la enfermedad para auto cuidarse y cuidar a otros, sobre todo aquellas mujeres y hombre reclusos que tienen hijos”.

En lo referente a la intervención con personas de otras culturas diferentes menciona que *“...cada cultura tiene sus costumbres muy arraigadas, diferentes y hay que adaptar metas y objetivos según sus expectativas”.*

En cuanto a los delitos más habituales cometidos, por las personas que se encuentran en prisión, relacionados con las drogas realiza la siguiente clasificación:

“En mujeres: robos, hurtos, trafico drogas.

En varones: robos, hurtos, blanqueo de dinero, falsificación documentación, trafico drogas, detección alcoholemia, violencia de género, riesgos seguridad vial”.

Acerca del apoyo familiar y social de los que disponen los individuos, éste constituye un elemento fundamental en la intervención. Menciona que gran parte de los usuarios/as presentan apoyo familiar, sin embargo, no todos tienen un nivel de implicación adecuado para proporcionarle al usuario/a. De forma contraria, existen individuos que no cuentan con ningún tipo de apoyo familiar por las siguientes razones:

“... están muy agotados de apoyar y que la persona reclusa no responda y terminan ingresando en prisión o con medidas alternativas al ingreso en prisión, después que la familia ha intentado ayudar para evitar esta situación. A veces escasea el apoyo porque la familia está enferma y no hay miembros que apoyen y en otros casos porque no existe familiares o porque los tienen en otros países de origen”.

Los familiares suelen culpabilizar a la persona drogodependiente de su adicción. Como elementos importantes en la intervención conjunta entre el usuario/a y sus familiares destaca lo siguiente:

“En ocasiones se ha de intervenir en modificar conductas familiares de sobreprotección o de sobreexigencia y acompañar en procesos madurativos y educativos, con respeto a los procesos. También hay que realizar una labor de empoderar a la familia desde el acompañamiento activo de esta en la intervención, ya que hay que reconocerles sus posibilidades y capacidades de ayuda personal de cada uno y la autoayuda mutua, a la vez que se sientan que ellos son protagonistas de su propio proceso y que tienen las herramientas adecuadas para la rehabilitación plena con la ayuda del acompañamiento activo de un terapeuta o psicólogo experto en adicciones y prisión.”

Por lo que se refiere a las desigualdades que sufren las mujeres en cuanto a la incorporación de los programas de tratamiento de drogodependencias en prisión, destaca que sí que forman parte de los mismos pero que le hecho de que solo exista un módulo para mujeres en el Centro Penitenciario de Zuera, en el cual existen mujeres con diversidad de delitos, dificulta la intervención con las mismas. Sin embargo, existe el módulo terapéutico y el módulo de respeto, los cuales son mixtos, pero las mujeres presentan resistencias a la hora de acceder a los mismos por diversas causas:

“...son módulos muy exigentes en cuanto a normas de no mezclarse con familiares de riesgo y otros internxs, no ver a sus hijos hasta que se pacte, acordar medidas más restrictivas de dinero, llamadas, normas del propio modulo educativas terapéuticas que son eficientes pero que desde su valoración les cuesta realizar ese esfuerzo y el tema emocional”.

Como propuesta a esta problemática existente plantea lo siguiente:

“Creo que en un futuro se tendría que reestructurar de otra forma, al igual que las comunidades terapéuticas externas de rehabilitación tendría que haber solo de género, ya que requieren otro tipo de intervención a la masculina.”

En lo relativo al tratamiento ambulatorio constata observar un ligero crecimiento de incorporación de mujeres a tratamientos de desintoxicación.

Con respecto a las intervenciones que se realizan con las personas drogodependientes en prisión, ésta utiliza diversas técnicas y métodos entre las que destaca:

- *“Atención individual para valoración terapéutica de su situación personal, familiar, social, jurídica, medica, toxicología, psíquica, formativa, cultural, laboral, económica y de salud biopsicosocial.*
- *Atención familiar externa para aquellos que solicitan y permiten contactar con sus familiares*
- *Entrevista informativa para conocer los recursos internos y externos en ayuda a las problemáticas de adicción y entrega de la Guía de “Enlazados” donde se le informa de todas las entidades que participamos e intervenimos dentro de la prisión de Zuera y que competencias tiene cada una.*
- *Seguimiento individual de tratamiento para motivación a la abstinencia de consumo de tóxicos y motivación al cambio.*

- Seguimiento para el inicio de un programa interno en el módulo terapéutico de adicciones de prisión o en el módulo de respeto como fase previa anterior.
- Acompañamiento para entender la de adquisición de pautas terapéuticas, normas de seguimiento del programa y análisis test orina para ver el grado motivación y compromiso.
- Entrevistas de iniciación y preparación al ingreso de la segunda fase del módulo terapéutico.
- Entrevista para derivación a comunidades terapéuticas de rehabilitación externas a prisión
- Entrevistas con el interno y los profesionales del módulo del GAD (grupo de atención al drogodependiente) de la junta de tratamiento para explicarles el protocolo a seguir en su posible excarcelación a un recurso residencial terapéutico de rehabilitación para finalizar su condena en esta”.

Por último, la terapeuta valora como positiva la intervención social con este colectivo debido a que se realiza una atención y una intervención integral y multidisciplinar con el usuario/a, siempre desde un enfoque biopsicosocial. Como aspectos a mejorar destaca los siguientes:

“... faltan retos a lograr como es el mejorar los recursos ambulatorios en adicciones y los residenciales, incrementar las plazas hospitalarias para pacientes con problemáticas de salud mental y adicciones y para que la población diana este sostenida y pueda lograr su plena recuperación. Otro aspecto a mejorar seria la dotación de mayor recursos humanos, económicos y materiales a las entidades que intervienen en régimen ambulatorio tanto público como privado y complementar la intervención, ya que cuentan con escasos recursos para el abordaje integral...”

“...la falta de información en recursos de la zona y del resto de Aragón, la actualización de las líneas de intervención de los Planes autonómicos en adicciones en materia de prevención, asistencial y comunitario, esto debilita el trabajo en red y como consecuencia la ineficacia en la atención a las personas y sus problemáticas “.

Igualmente, refiere que considera adecuada la intervención con personas drogodependientes en prisión en comparación a los años 80, cuando se produjo una rápida expansión de enfermedades de transmisión sexual. Entre los factores a mejorar en este tipo de intervención pone de manifiesto lo siguiente:

“Creo que hace falta un cambio de mentalidad social, entender que una persona adicta es un enfermo, fuera de juicios, que le rodean muchos factores de riesgo (individuales, familiares, educativos, sociales, macrosociales, etc.) y que hay que enfocar el problema con otra mirada, que es la de entender que todos estamos o deberíamos estar implicados con ellos desde la comunidad y el trabajo en red”.

“Habría que mejorar la posibilidad laboral, creo que hay que apoyar los programas de Inserción laboral, tanto formativo como de itinerario de empleabilidad y favorecer a los empresarios en la posibilidad de contratación, salvando estereotipos”.

“Mejoraría el apoyo de recursos a las entidades privadas que intervienen con este colectivo, para favorecer el empoderamiento y dotar a la persona y familias de reclusos su normalización en la sociedad.

5.1.3. Psicóloga

La psicóloga de Proyecto Hombre de Huesca entre las principales dificultades que se presentan en el momento de intervenir con este colectivo señala la falta de participación y la dificultad que expresan las personas drogodependientes de cumplir las normas. Igualmente, lo primero que se debe realizar en el momento del tratamiento es establecer unas pautas y normas que faciliten el funcionamiento de la intervención psicoterapéutica. Entre los problemas a los que están expuestas las personas drogodependientes menciona los siguientes:

“Dificultades relacionales y familiares, desempleo, exclusión social, dificultades económicas, problemas adicciones y trastornos mentales”.

En cuanto a los delitos relacionados con las drogas cometidos por las personas drogodependientes menciona como más habituales los relacionados con:

“Tráfico de drogas, hurto y conducción bajo los efectos de sustancias”.

En lo referente al apoyo familiar y social que habitualmente posee este colectivo menciona que es muy habitual encontrarse con familiares que proporcionan un apoyo frágil e incompleto o que este apoyo viene de parte de familias desestructuradas que no proporcionan el apoyo adecuado. Sin embargo, es un elemento clave para la inserción social del individuo y pasa su correcta evolución conductual y mental. Además, siempre se encuentran barreras a la hora de trabajar con las familias de los usuarios/as, entre las que destaca:

“La vergüenza ante la situación y la negación de la situación y la asistencia debida a la prolongación de la intervención”.

En lo relativo al papel que desempeña la mujer relata lo siguiente:

“La mujer por el hecho de ser mujer sigue siendo estigmatizada o peor vista por la sociedad. El estigma de ser mujer, madre y drogodependiente sigue teniendo mucho peso negativo para nuestra sociedad.”

Por último, valora la intervención social como positiva a excepción de la falta de trabajo en red ya que debería aumentarse, así como recursos que faciliten la reinserción social y laboral.

5.2. Perspectiva del Centro de Inserción Social “Rafael Salillas” de Huesca.

El Centro de Inserción Social “Rafael Salillas” , como todos los Centros de Inserción Social, está destinado al cumplimiento de penas privativas de libertad en régimen abierto, así como del seguimiento de las penas no privativas de libertad y al seguimiento de las personas en libertad condicional que tengan adscritos al mismo (Gobierno de España. Ministerio de Interior, s.f.)

He realizado una entrevista a la trabajadora social del mismo para conocer su opinión y su punto de vista respecto a la intervención social con personas drogodependientes que se encuentren en prisión o que estén cumpliendo una medida alternativa a prisión.

5.2.1. Trabajadora social

En una primera aproximación hace referencia a la etapa histórica en la que predominaba el consumo de heroína en la cual las visiones de tratamiento eran completamente diferentes ya que los problemas de drogodependencia se consideraban muy difíciles de tratamiento y se consideraba al usuario/a capaz de abandonar la drogodependencia por sí mismo. Esta visión de los profesionales estaba ligada a la de los usuarios/as que no consideraban efectivos los programas, únicamente los que ofrecían metadona como

sustituto para el tratamiento. Sin embargo, se utilizaron estos programas para realizar una intervención multidisciplinar e integral con las personas drogodependientes y así conseguir la deshabituación.

“Se colaboró estrechamente con proyecto hombre y se llegó a derivar a internos motivados a tratamiento a cumplir el tratamiento fuera del centro penitenciario. Poco a poco se fue avanzando en el reconocimiento del grave problema que llevaba al consumo de drogas a todos los niveles, personal, familiar, social, sanitario y laboral”.

A la hora de intervenir con personas drogodependientes considera prioritario proporcionar confianza al usuario/a y que adquieran una mayor conciencia del problema. Sobre todo, con aquellos/as que cumplen medidas alternativas que suelen ser los que menos conciencia del problema presentan. Así mismo, los que cumplen penas más leves consideran la incorporación al tratamiento como un medio para cumplir su condena.

Igualmente, plantea como una gran dificultad que muchos presentan que son las patologías duales:

“...se ve que bastantes tienen además patologías duales, no solo cuentan con el problema de la drogodependencia, sino que además otras patologías que deben ser tratadas a la vez”.

En lo relativo a las barreras que se observan a la hora de intervenir con este colectivo es destaca la impulsividad que suele caracterizar la personalidad de estos/as y que, en la mayoría de los casos, suelen evitar hablar del problema/dificultad que le provoca consumir. Así como la falta de disciplina y la falta de capacidad para gestionar la frustración. Destaca como primordial en la intervención lo siguiente:

“...considero que lo primero que se tiene que hacer es mantener entrevistas con el usuario, para ir conociéndolos y empatizando con ellos ya que en las primer entrevistas con las personas suelen no decir la verdad y decir lo que ellos piensan que quieres oír. Posteriormente hay que conocer el entorno en el cual vive, las carencias que tiene y los apoyos que tiene. A partir de ahí, ir trabajando con los distintos profesionales el abordaje a realizar...”

Igualmente menciona como una gran dificultad la falta de oportunidades de cara a encontrar un empleo debido a su condición de drogodependiente y la escasa formación que suelen tener.

En lo referente a la intervención con usuarios/as de diferente cultura hace referencia a los distintos tipos de nacionalidades y la percepción que suelen tener ante las drogas ya que algunas culturas tienen muy normalizado el consumo de algún tipo de drogas.

Entre los delitos más habituales relacionados con las drogas que cometen las personas que cumplen algún tipo de medida alternativa o que se encuentran en prisión destaca *“...los delitos contra la salud pública, robos y tráfico de drogas, homicidio por conducir bajo los efectos de drogas y delitos por agresiones, seguridad vial, y atentados contra la autoridad”.*

En cuanto al apoyo familiar y social que presentan las personas que están en prisión, en algunos casos, pierden este apoyo debido al ingreso, pero son muchos los casos que sí que cuentan con el mismo.

Es importante tener un contacto con algún punto de apoyo que tengan los usuarios ya que en las personas en las recaídas suelen ser normales por lo que es importante tener estos puntos de apoyo para poder volver a reactivar y seguir intentado la normalización en su vida. Para las personas que no tienen apoyo es difícil no poder tener a alguien que los acompañe y ayude a reemprender la vida de nuevo...”

Las familias suelen estar dispuestas a colaborar ya que están interesadas en la recuperación y rehabilitación del familiar drogodependiente. Sin embargo, existen familias desestructuradas o con trayectorias marcadas por delitos.

En estos casos considera *“...es muy difícil trabajar, pero se busca alguna forma de protección para afrontar el problema y un apoyo social que le desvincula del núcleo familiar y conoce otros tipos de relación y apoyos de integración normalizados.”*

Sobre el papel femenino en este ámbito considera que existen menor número de mujeres consumidoras y/o que cometen alguna infracción delictiva debido a la estigmatización que ésta sufre en la sociedad actual. Relata lo siguiente:

“El acceso a los programas en el centro penitenciario es igual para unos que otros, la única diferencia es el numero mucho mayor en hombres en comparación que el de mujeres de todos los módulos solo hay uno de mujeres.”

“En cuanto a medidas alternativas, el acceso a los programas es igual para todos, no hay diferencias, lo único es que en algunos puede manifestarse solo 1 o 2 mujeres o ninguna en comparación al número de hombres que hay.”

En cuanto al tipo de intervenciones que realiza la misma destinadas a personas drogodependientes en prisión o en la realización de medidas alternativas, ésta estructura las intervenciones siguiendo el siguiente esquema:

- *“Entrevista individual.”*
- *“Planificación.”*
- *“Seguimientos individual y grupo.”*
- *“Evaluación.”*

Por último, considera la intervención social como satisfactoria, pero existen puntos que son necesarios que mejorar o que motivar a su participación dentro de esta intervención. Como son la voluntariedad de la persona, la prevención en el ámbito escolar, conciencia sobre el problema existente.

“En cuanto a las medidas alternativas, es complicado tal y como está el sistema actualmente intervenir en los dos sentidos, el cumplimiento de la pena y el problema. Las personas que vienen en su mayoría no consideran tener ningún problema “controlan” perfectamente es lo que consideran a pesar de que muchos usuarios repiten reiteradamente la conducta.”

5.3. Perspectiva del Centro Penitenciario de Zuera.

Desde el Centro Penitenciario de Zuera, he realizado una entrevista al educador social con el fin de contar y analizar su perspectiva profesional ya que realiza una intervencion social con personas que se encuentran en prisión y que presentan problemas de drogodependencias.

5.3.1. Educador Social

El educador social considera que la principal limitación que suele encontrarse en la intervención con las personas drogodependientes en prisión es el tiempo con el que disponen ya que éste se limita a la duración de la condena del individuo y no depende de la necesidad terapéutica. Igualmente es un factor clave la red familiar debido a que muchos de ellos carecen de la misma y dificulta la intervención.

Siguiendo con esta red familiar y el apoyo de la misma menciona lo siguiente:

“... El éxito de la terapia tiene mucho que ver con el apoyo familiar, sin ninguna duda...”

En prisión los contactos con la familia son limitados pero este apoyo se proporciona por vía telefónica y en las jornadas de convivencia que se realizan.

Según su opinión, el primer paso en la intervención es la normalización de la conducta del individuo y su adquisición de hábitos de salud y de autocuidado.

“También es muy importante el que profundicen en su autoconocimiento y por extensión en su capacidad de autogestionar de forma sana sus emociones. Adquisición de habilidades sociales y de estrategias para evitar la recaída en el consumo.”

Las personas que se encuentran en prisión y que además son drogodependientes, presentan una gran estigmatización y además son objeto de exclusión social y pobreza. Este colectivo presenta dificultades a la hora de volver a mantener relación con sus familiares y reconstruir sus relaciones personales, así como los problemas que lleva consigo la resocialización tras periodo en prisión. Igualmente, la inserción laboral constituye un reto tras la salida de prisión.

En lo referente a la intervención y tratamiento considera que la educación constituye un papel fundamental en el proceso y siempre hay que tener presente las características de la personalidad del individuo y ser empáticos. Esta perspectiva no es distinta con las personas que presentan una cultura diferente. En cuanto a las mismas:

“Si la cultura está muy interiorizada, los valores también, y algunos de ellos son contradictorios con un bienestar emocional, encontraremos temas de visión del mundo, de excesivo autoritarismo, o de género. Todo esto les produce en ocasiones mayor culpabilidad, incapacidad para perdonarse...etc.”

Los delitos contra la salud pública, de prostitución, de robos o de estafas con los delitos que más frecuentemente cometen las personas que se encuentran en prisión y que presentan un problema de drogodependencia. Según narra:

“En muchos casos los delitos tienen que ver con sus adicciones”.

El acceso al programa de intervención de drogodependencias no supone ninguna limitación y/o restricción para las mujeres, pero la existencia de hombres es mayor a la de mujeres.

“Es posible que las mujeres sufran esa desigualdad, sobre todo en función de su entorno, si tienen hijos, pues sobre ellas recae toda la responsabilidad. “

En lo relativo a los aspectos a mejorar en la intervención social con personas drogodependientes menciona lo siguiente:

“La población drogodependiente necesita de muchos más recursos de los que hasta hoy tenemos, en nuestra comunidad, y más en la provincia de Huesca, echamos en falta una comunidad terapéutica de tratamiento de las adicciones.”

Siguiendo con los aspectos mejorables considera necesario que la posibilidad de que el usuario/a pudiese someterse a un programa de tratamiento exterior a la prisión, así como recursos dedicados a aquellas personas que carecen del imprescindible apoyo familiar.

5.4. Perspectiva desde Proyecto Hombre de Zaragoza.

Por último, también he realizado una entrevista al trabajador social y terapeuta implicado en la intervención social con personas drogodependientes y con sus familias en Proyecto Hombre de Zaragoza. Igualmente, realiza intervenciones en lo relativo a medidas alternativas a prisión y trabaja desde la entidad de Proyecto Hombre en el Centro Penitenciario de Zuera.

5.4.1. Trabajador social y terapeuta especializado en la rehabilitación de personas dependientes de diferentes adicciones y a sus familias.

Este profesional considera que lo primero que hay que trabajar en la intervención con las personas drogodependientes es la motivación para cambiar sus conductas de consumo y aumentar el nivel de conciencia del consumo de todo tipo de drogas.

En los casos de las personas que presentan una suspensión de condena utilizan los programas de intervención de drogas como el medio para evitar el ingreso en prisión, lo cual trae consigo una falta de implicación en la deshabituación y, por tanto, en un cambio de estilo de vida.

En su opinión no identifica diferencias importantes en la intervención con personas de culturas diferentes, pero menciona lo siguiente:

“...el idioma podría ser un impedimento, si no lo dominan. También las dificultades de homologación de la formación que han adquirido en su país de origen, que va a ocasionar problemas para trabajar en aquello que se han formado. El desarraigo familiar que se puede producir si se ha quedado en su país parte o a la totalidad de su familia.”

Entre los delitos relacionados con las drogas que habitualmente suelen cometer las personas drogodependientes, desde el punto de vista del terapeuta son:

“Delitos contra la salud pública (tráfico de drogas), robo con fuerza en las cosas y robo con intimidación”.

Considera el papel de la familia como fundamental en la rehabilitación del individuo. En los casos en los que se cuenta con una familia, el apoyo suele proporcionarse una vez regresan al núcleo familiar.

“Se produce, en algunos casos, el perdón de la familia por el daño causado en la época que han consumido drogas y su estancia en la cárcel. Pero también se produce un cierto cansancio y, pesimismo por parte de la familia, en cuanto a que se produzca un auténtico cambio.”

Estos síntomas de cansancio y pesimismo constituyen una de las barreras a la hora de intervenir con las familias.

En lo referente a las mujeres, no percibe diferencias ni dificultades en el acceso a los programas de tratamiento sin embargo destaca lo siguiente:

“La duda que puedo tener es si en prisión el trabajo que se realiza con las mujeres se adapta a las peculiaridades específicas del género femenino”.

La estructura que él mismo establece en sus intervenciones se resume en un tratamiento individual y grupal, favoreciendo y propiciando la motivación de los usuarios/as. La intervención a nivel grupal *“...favorece el conocimiento personal y la ayuda mutua entre los internos, puesto que se trata de reforzar los vínculos de relación con criterios de mejora de la convivencia, de responsabilidad compartida en el módulo, etc.”.*

Por último, considera positivo el nivel de conciencia social que se está obteniendo a la hora de la incorporación e implantación de los programas de tratamiento de personas drogodependientes, dentro y fuera de prisión, lo cual propicia la sustitución de prisión por medidas alternativas. En cuanto a los factores a mejorar en la intervención y tratamiento de este colectivo considera necesario el aumento de los recursos humanos dentro de prisión para incrementar la buena práctica y la intervención con este tipo de colectivo.

6. Conclusiones

Una vez realizado el enfoque teórico y las posteriores entrevistas y el análisis de las mismas, la primordial conclusión que extraigo es la importancia fundamental que adquiere realizar una intervención integral de la persona drogodependiente, atendiendo a los aspectos sociales, personales, culturales, etc. y contando con el apoyo y la participación de su familia y su red social más cercana para lograr la rehabilitación y la completa reinserción del individuo.

En cuanto a las hipótesis planteadas al principio de la realización del Trabajo de Fin de Grado, la primera que es planteada (véase 2.2. Hipótesis) *“Existen diferentes tipos de delitos que se encuentran en mayor relación con las personas drogodependientes ya que los delitos cometidos por las personas adictas a algún tipo de sustancia tóxica se encuentran relacionados directa o indirectamente con este consumo. Así mismo, estas conductas delictivas son más comúnmente realizadas por los hombres que por las mujeres.”*, contrastada con los resultados de las entrevistas, podemos decir que se cumple. Todos los profesionales de distintas entidades e instituciones que trabajan en su día a día con personas drogodependientes que han cometido actos delictivos y que se encuentran cumpliendo algún tipo de condena, bien en prisión, bien cumpliendo alguna medida alternativa, coinciden con diversos tipos de delitos que son realizados con más frecuencia por este colectivo. Siendo estos delitos contra la salud pública, seguridad vial (conducción bajo los efectos de las drogas y/o víctimas mortales debido a los efectos del consumo de drogas), robos y hurtos, tráfico de drogas, violencia de género y múltiples agresiones. Así igualmente, los profesionales nombran la mayor presencia de hombres drogodependientes que se encuentran cumpliendo una medida alternativa o se encuentran en prisión que de mujeres, siendo de un número considerablemente menor de estas últimas.

La segunda hipótesis planteada es la siguiente: *“Tras una intervención social y el posterior abandono de consumo de drogas, se consigue una rehabilitación y una reintegración de los usuarios/as lo que conlleva una reducción de la comisión de actos delictivos.”*, esta hipótesis también puede darse como confirmada tras las preguntas de las entrevistas dirigidas a la intervención social. Si la intervención social se realiza de manera integral, el individuo participa de manera óptima y se puede contar con la familia y otros recursos de apoyo, la intervención será satisfactoria y se logrará una rehabilitación del individuo. Con esta rehabilitación, el individuo ya no presenta una dependencia por la o las sustancias que anteriormente consumía y que le llevaba a delinquir de alguna u otra forma. De igual manera, la persona debe romper con aquellos ámbitos de su vida que le provocan consecuencias negativas para desarrollo y adaptación a una vida normalizada.

Tras las respuestas a las entrevistas se extraen diversos aspectos a mejorar para garantizar una mejor intervención social con este tipo de colectivo. Entre estos encontramos la necesidad de la prolongación del tratamiento de sustancias tóxicas una vez se ha cumplido la pena en prisión, así como una mayor dedicación profesional dentro de prisión y recursos que favorezcan y optimicen la inserción laboral de las personas drogodependientes tanto en prisión, cumpliendo medidas alternativas como en libertad. Igualmente se presencia la carencia de recursos que proporcionen apoyo institucional a estas personas, falta de trabajo en red y coordinación con diferentes entidades y la necesidad de reforzar e intensificar la prevención en edades tempranas. Por otra parte, la buena práctica profesional a la hora de intervenir con este colectivo es primordial, así como el apoyo familiar y social de los individuos.

En cuanto a los objetivos planteados al inicio del trabajo (véase 2.1. Objetivos) tanto el objetivo general y el específico se han cumplido en mayor o menor medida a través de la información obtenida tanto de la búsqueda bibliográfica existente como de la información obtenida por las entrevistas a los profesionales. Hubiese querido realizar la metodología contando con la opinión de algún usuario/a tanto de

Proyecto Hombre de Huesca como de algún individuo que se encuentre en prisión, para aportar información desde el punto de vista del usuario/a que recibe la intervención y así poder contar con su relato ya que resulta de gran importancia, pero debido a la situación del Covid-19 no ha sido posible. Sin embargo, las entrevistas me han aportado información necesaria y suficiente para cumplir mis objetivos.

7. Propuestas de mejora

En mi opinión, creo que hace falta una mayor concienciación de la problemática de las drogodependencias, tanto entre la población general como entre la población que sufre esta problemática, dentro y fuera de prisión. El ámbito de prevención creo que es muy importante ya que, tal y como he observado durante la realización de mi trabajo, la edad de inicio de consumo de diversos tipos de drogas es muy temprana lo cual provoca una edad de inicio al tratamiento menor que la anteriormente registrada. Como consecuencia, esto provoca que la intervención que anteriormente era destinada a personas de mediana edad se tenga que adaptar a la población joven tanto que inicia tratamiento como la que no, lo cual provoca una escasez de recursos para la atención a personas menores de edad, por ejemplo.

Igualmente, en la intervención con las personas drogodependientes creo que es de gran importancia el trabajo en red y la coordinación con diferentes entidades ya que normalmente las personas drogodependientes no solo presentan esa problemática, sino que presentan problemas en otras áreas de su vida como puede ser la social, laboral, familiar, etc. Esto hace que la intervención únicamente de una entidad sea insuficiente.

Ligado a este aspecto, existe una necesidad de fomentar la inserción laboral ante este colectivo y sobre todo una vez se ha salido de prisión. La variable de los prejuicios y estereotipos adquiere relevancia por lo que se hace necesaria una concienciación y sensibilización dirigida específicamente a los empresarios y encargados de contratar a este colectivo. En mi opinión, existe una escasez de recursos que se dediquen a fomentar la inserción laboral de las personas que han pasado por prisión o de las personas drogodependientes.

Por último, en cuanto al tratamiento de drogas en prisión, creo que se necesita una mayor concienciación por parte de las personas internas sobre la problemática de las drogodependencias y las consecuencias que esta misma provoca en sus vidas para lograr que un número mayor de personas inicien tratamiento en prisión para resolver dicho problema. Igualmente, la continuidad o el inicio el tratamiento fuera de prisión creo que también es realmente importante debido a factores como la salida de prisión puede provocar en el exrecluso problemas o situaciones difíciles que le lleven a recaer en las drogas o incluso para que, este tratamiento, le ayude a resolver esas situaciones de manera satisfactoria.

A modo de conclusión y en mi opinión, considero que, en la intervención social realizada tanto en el ámbito ambulatorio como en el ámbito penitenciario en cuanto a las personas drogodependientes, el factor personal del individuo presenta el papel fundamental y la guía de la intervención. Son muchos y variados los efectos personales que van a incidir durante todo el proceso de tratamiento y sin unas adecuadas habilidades por parte del individuo, la intervención no tendrá éxito y no se logrará su rehabilitación. Considero que la consciencia del problema y la motivación hacia el cambio son aspectos esenciales que permitirán la realización de una intervención profesional satisfactoria. Añadir a esta variable la buena práctica y la adaptación de la persona profesional a las necesidades del usuario/a, tanto las relacionadas con el consumo de sustancias tóxicas como las problemáticas existentes en la vida del individuo ya que la adicción a las drogas no suele ser el único problema en sus vidas.

Igualmente, es de vital importancia contar con los familiares y el entorno social más cercano al individuo para que con el apoyo de los mismos y la actitud del usuario/a se consiga una adecuada reinserción del mismo en un espacio social óptimo que facilite la misma.

A nivel institucional, considero que los recursos de atención a personas drogodependientes son limitados y no son suficientes ante la gran demanda que existe, sobre todo en el caso de menores de edad y de jóvenes. Y también creo que sería necesario una activación y cooperación entre los recursos existentes en las diferentes zonas para lograr que se realice una intervención lo más integral posible ya que, como he mencionado, el problema de las drogodependencias no se debe tratar de forma aislada sin tener en cuenta otros factores relevantes que afectan a la vida de la persona adicta. En mi opinión, se debería hacer intervenciones y atenciones de carácter multidisciplinar contando, no solo con los diferentes profesionales que se encuentren en la entidad que ofrece tratamiento, sino también con profesionales de otras entidades que ofrezcan recursos útiles para la reinserción y rehabilitación.

8. Anexos

Entrevista Profesional nº 1

- **¿Desde cuándo estás especializada en el trabajo social? ¿Y desde hace cuánto tiempo se dedica a la intervención en el área de drogodependencias y a la intervención con medidas alternativas a prisión?**

Terminé mis estudios de Trabajo Social en el año 2004 y desde entonces he ido completando mi formación y reciclando mis conocimientos de manera continuada. En cualquier profesión es muy importante la actualización de conocimientos, técnicas y herramientas, pero en la intervención social es absolutamente imprescindible. Somos agentes de cambio, intervenimos con personas y sociedades en constante evolución, y no podemos quedarnos anclados ni teórica ni metodológicamente hablando.

El área de drogodependencias es un ámbito novedoso para mí, a pesar de que en mi práctica profesional he atendido casos en los que las adicciones estaban presentes, no me había dedicado específicamente a ello. Llevo 8 meses desempeñando mi labor profesional con personas que presentan conductas adictivas, y estoy creciendo muchísimo a nivel profesional. En el ámbito de la prisión realicé mis prácticas de trabajo social, y posteriormente estudié criminología. Si bien nunca he ejercido como jurista criminóloga, sin duda me aportó una riqueza y unos conocimientos añadidos para comprender un poco mejor la complejidad del comportamiento; digamos desadaptativo; y los entresijos de la mente humana y de la influencia constante de la interdependencia de los diferentes subsistemas y sistemas.

Trabajar en el ámbito de las adicciones y la prisión te enseña sobre todo a conectar con las sombras más oscuras del ser humano.

- **¿Qué consideras que es lo más importante y por lo primero que hay que empezar a trabajar con los usuarios/as?**

La intervención con personas que manifiestan conductas adictivas requiere en primera instancia de deshacerse de esa imprimación profesional que a veces queramos o no, tenemos los trabajadores sociales, y me refiero a la idea de reeducar desde un rol profesional de experto, de saber lo que es bueno y malo, de una actitud un tanto moralista. Lo principal y fundamental en el trabajo con personas rotas que consumen sustancias, juegos, compras, comida o necesitan a personas para sentir seguridad; o mejor dicho para no sentir un profundo y tormentoso malestar; es la conexión emocional con su dolor y su realidad sin sobrepasar esa difusa línea de la sobreimplicación. Aquí reside la clave y lo complejo del trabajo. Establecer un vínculo terapéutico saludable es ya de por sí garantía de sanación, y eso se consigue acogiendo y abrazando con las palabras, con un profundo respeto y con mucha escucha activa.

En las adicciones, y en las vidas de las personas que tienen problemas legales, es muy común encontrar grandes desajustes emocionales, déficits de regulación emocional y duelos, traumas y episodios complejos sin elaborar. No hay que ver sólo la punta del iceberg, no hay que centrarse sólo en que la persona deje de consumir o delinquir; hay que bucear y ver todo el bloque de hielo que obstaculiza el paso normalizado por la vida.

- **¿Qué barreras sociales suelen encontrarse este tipo de colectivo?**

El rechazo, el miedo, el estigma, la etiqueta y la falta de oportunidades. Digo oportunidades porque normalmente se les suele dar una oportunidad y si no la aprovechan ya se les da por perdidos. Pero en las adicciones, casi nunca basta con una sola oportunidad.

Además, no hay que olvidar que el índice de patología dual; ósea comorbilidad de patología o trastorno mental y conducta adictiva; es muy elevado. Y esta realidad no hace más que complicar aún más la situación en lo que a inclusión y normalización social se refiere.

No obstante, hay lugar para la esperanza, y la clave está en la dotación de recursos sociales y sanitarios adecuados para poder hacer realidad esa meta, así como la formación profesional constante y actualizada que permita un cambio de mirada hacia estos colectivos.

- **Según tu opinión, ¿A qué tipo de dificultades se enfrenta este colectivo?**

Creo que, como el colectivo de personas con trastornos mentales, uno de los escollos con los que se encuentran las personas con adicciones y problemas legales, es el estigma y la pérdida de dignidad que esto puede acarrear.

A lo anterior se suma la soledad a la que pueden verse expuestos, después de haber perdido el apoyo de su entorno familiar, laboral, social; o el estrés añadido que supone la amenaza de poder perderlo, generándose un sentimiento de culpa, vergüenza e indefensión muy doloroso e invalidante.

El aprender a lidiar con sus fantasmas, con esas emociones que les desbordan y el afrontar el sufrimiento desde un prisma no evitativo, es algo que cuesta vislumbrar en un principio pero que una vez ven que hay otra manera de vivir, ilumina su salida del túnel en el que se encuentran. Y para ello hay que darles la mano, porque en la oscuridad no ven hacia donde tienen que tirar para llegar a esa luz.

- **En cuanto a los usuarios/as que presentan una cultura diferente a la nuestra ¿Intervienes de forma diferente con las mismas? ¿Presentan algún tipo de barrera y/o dificultades diferentes?**

La variable cultural siempre es una cuestión a tener en cuenta, y en las adicciones y población penitenciaria, no resulta diferente. Sin embargo, los mecanismos de regulación emocional a través de sustancias, juego, comida, compras, personas, sexo; es decir la evitación del sufrimiento y del malestar, es un fenómeno común al ser humano. Es cierto que en las culturas donde la expresión y gestión de las emociones es más encorsetada y se tiende a suprimir, los problemas de regulación emocional pueden verse acrecentados con manifestaciones conductuales patológicas como las adicciones o la delincuencia, pero en todas las culturas se dan fenómenos relacionados con el consumo problemático, con las dependencias y con la delincuencia.

Y luego, no hay que olvidar el fenómeno de la asimilación cultural. Personas que, por su cultura o religión, no consumían o no realizaban unas conductas determinadas, y con el proceso migratorio y la asimilación de la cultura de acogida, transforman sus hábitos y sus actitudes.

- **En cuanto a las personas que cumplen una medida alternativa, ¿Cuáles crees que son los delitos relacionados directa o indirectamente con las drogas cometidos con más frecuencia según tu experiencia profesional? ¿Y entre las personas que ingresan en prisión?**

En relación con las personas que se encuentran en prisión, diría que los más numerosos son los delitos contra la salud pública, seguidos por las personas que han tenido o provocado un accidente de tráfico grave con víctimas mortales y conducían bajo los efectos de sustancias legales y/o ilegales.

Respecto a las personas que cumplen una medida alternativa, vienen a ser más numerosos los casos de personas que han conducido bajo los efectos de sustancias legales y/o ilegales y que han ocasionado o han podido ocasionar un accidente, a veces con víctimas mortales, pero normalmente son episodios digamos de menor gravedad.

También se desarrollan programas con personas que cumplen medidas alternativas de tratamiento de desintoxicación cuando se solicita por el interesado y se demuestra que el delito se cometió bajo la influencia de sustancias estupefacientes o después de la ingesta de alcohol.

- **A nivel general, ¿Los usuarios/as suelen presentar apoyo familiar/social?**

Es una pregunta de difícil respuesta. A priori, se podría decir que la gran mayoría de las personas que acuden a terapia cuentan con el apoyo de la familia y de su entorno social más próximo, pero al indagar un poco más en esos subsistemas empiezan a aparecer las fisuras, los mitos familiares, los chivos expiatorios, las partes protectoras y las partes repudiadas, y un sinfín de elementos de análisis que evidencian un sistema familiar disfuncional, que además se encuentra sobresaturado y desbordado por la conducta adictiva y está al borde del colapso. Y esta situación, lejos de ser una fuente de seguridad y apoyo, es un factor de estrés añadido para la persona que decide o le obliga a dar el paso de tratar su adicción.

Y por supuesto, se dan los casos en los que la familia y la red social ha terminado claudicando o bien es inexistente por diversos motivos, como la muerte, la enfermedad y discapacidad o la emigración. Y la soledad actúa como un pesado yugo que alimenta una espiral de autodestrucción y abandono. En estos casos, el acompañamiento social es crucial, debe ser muy intenso.

- **¿Consideras importante este apoyo en la intervención?**

Como decía, el apoyo familiar y el tener una red social que sirva de base segura es fundamental para el proceso de recuperación. Pero ese apoyo y esa red social debe ser de calidad, porque si no cumple su función. Por ello, la intervención familiar y el papel del trabajo social es crucial para abordar estas dificultades. Hay que reparar sistemas enfermos, tienen que tomar conciencia de sus debilidades y fortalezas, y hay que ayudar a tejer redes sanas y funcionales que guíen y sostengan.

- **En cuanto a la intervención con las familias de los usuarios/as o con su círculo más cercano, ¿Qué barreras y/o límites se suele encontrar?**

Las resistencias y mecanismos de defensa son muy comunes no sólo en los pacientes, sino también en sus familias o en las personas allegadas. Otro aspecto importante es saber detectar a las familias con dinámicas sobreprotectoras, tóxicas o dañinas y tratar de revertir estas maneras de actuar a la vez de empoderar a la persona para que adquiera autonomía y tome distancia emocional de esas conductas que le dañan y que provienen de las personas a las que quiere.

- **En el ámbito ambulatorio, ¿Crees que las mujeres sufren desigualdades a la hora de incorporarse a programas de tratamiento de drogodependencias?**

Es verdad que el número de mujeres que se incorporan a programas de tratamiento de adicciones dista mucho del número de hombres, pero esta tendencia poco a poco irá cambiando. La mujer lleva unos años luchando incansablemente para salir del plano doméstico y reclamar el derecho a la vida pública, a la proyección personal y profesional y ello implica que también se empodere como agente activo de sus procesos de cambio y crecimiento personal.

Y a pesar de que tradicional y culturalmente los hombres eran los que bebían y consumían sustancias, sexo, juego, etc.; y por lo general son más propensos a suprimir las emociones a través de conductas evasivas de consumo; los procesos de igualdad y el feminismo ha abierto la ventana a que muchas mujeres que consumían en silencio ahora lo hagan públicamente, y que el abrirse al mundo implique también tomar contacto con esos mecanismos de regulación emocional tradicionalmente reservados a los hombres.

- **Me gustaría saber su opinión acerca de cómo valora la intervención social que se lleva a cabo con la población drogodependiente y con aquella que ha cometido algún tipo de delito relacionado con las drogas. ¿Qué aspectos mejorarías?**

En esta profesión, la variable personal lamentablemente tiene mucho peso. Me gustaría decir lo contrario, pero estaría faltando a la verdad, al menos a la verdad que yo he conocido a lo largo de mi trayectoria profesional y no sólo en adicciones.

Por eso creo que lo importante es mantener siempre el espíritu social despierto, crítico y constructivo, humilde y soñador, propicio para rescatar e impulsar sueños rotos, para repensar y dudar una y mil veces de las verdades absolutas. Si esto se mantiene intacto, y, es más, se fortalece, el trabajo estará bien hecho y la calidad en términos humanos y no cuantitativos será el resultado final. La ética es fundamental en nuestra profesión y el amor por las personas y la práctica de los buenos tratos un imprescindible en nuestra cartera profesional.

Lo explicó muy bien Carl Jung cuando dijo algo así como, *“conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tratar con un alma humana sea apenas un alma humana”*.

Entrevista profesional nº 2

- **¿Hace cuánto tiempo que se encuentra especializado en el área de lo social?**

Entre a trabajar en prisiones en el año 1982, en el año 1988 comencé mi trabajo como monitor ocupacional durante 8 años, y ya después hasta la fecha estoy como educador.

- **¿Desde cuándo realizas la labor de intervención social con personas drogodependientes que se encuentran en prisión?**

Más intensamente desde hace 5 años aproximadamente.

- **¿Cuáles son tus funciones en lo relativo a la intervención social con personas drogodependientes que se encuentran en el Centro Penitenciario de Zuera?**

Estoy trabajando dentro del programa GAD, y soy el educador del módulo terapéutico.

Llevo un grupo de autoconocimiento e introspección, Afrontamiento del estrés a través de la respiración consciente, y sobre todo afrontamiento de las dificultades que van surgiendo a la hora de manejarse con habilidad y solidaridad.

- **¿Qué limitaciones afectan en la intervención con este colectivo?**

La primera dificultad es el tiempo, pues las personas están en el programa en función del tiempo al que han sido condenados y no de la necesidad terapéutica.

Observamos también carencias de todo tipo que en ocasiones se convierten en barreras prácticamente infranqueables.

En ocasiones la ausencia de red familiar, que también dificulta el éxito terapéutico.

- **Según tu experiencia, ¿Cuáles serían los primeros pasos a realizar al comienzo de la intervención con los usuarios/as?**

Lo primero es normalizar su conducta, y adquisición de hábitos de salud y autocuidado.

También es muy importante el que profundicen en su autoconocimiento y por extensión en su capacidad de autogestionar de forma sana sus emociones. Adquisición de habilidades sociales y de estrategias para evitar la recaída en el consumo.

- **Respecto al ámbito individual y social del individuo, ¿Con qué dificultades consideras que se encuentran estas personas?**

En muchos casos, la exclusión social y la pobreza.

La estigmatización (por la permanencia en prisión, o por la adicción).

Reconectarse con la familia y poder reconstruir sus relaciones personales.

La resocialización después de un periodo más o menos largo en prisión con todo lo que ello conlleva.

La búsqueda de empleo también les resulta difícil.

- **En cuanto a los factores culturales, ¿Se interviene de forma diferente con personas procedentes de otros países? ¿Presentan éstos mayores dificultades en la intervención?**

No cabe duda de que la programación que supone la educación va a influir y mucho en las personas.

En cómo ven a los terapeutas, como los terapeutas debemos tener en cuenta con quién estamos hablando y como se va a sentir.

Si la cultura está muy interiorizada, los valores también, y algunos de ellos son contradictorios con un bienestar emocional, encontraremos temas de visión del mundo, de excesivo autoritarismo, o de género. Todo esto les produce en ocasiones mayor culpabilidad, incapacidad para perdonarse...etc.

- **¿Qué tipos de delitos, relacionados directa o indirectamente con las drogas, son los que suelen provocar habitualmente el ingreso en prisión?**

Contra la salud pública, prostitución, robos. estafas.

En muchos casos los delitos tienen que ver con sus adicciones.

- **Las personas que presentan una adicción a las drogas y que se encuentran en prisión ¿Presentan apoyo y/o acompañamiento familiar durante el proceso de intervención social? ¿Cómo se realiza la intervención con el ámbito familiar?**

En el módulo terapéutico el apoyo familiar es bastante evidente, aunque tenemos algún caso sin apoyo familiar. El éxito de la terapia tiene mucho que ver con el apoyo familiar, sin ninguna duda. Para ellos recuperar sus relaciones personales supone una palanca impresionante.

Con las familias se mantiene un contacto a demanda, se tiene con ellos dos jornadas de convivencia, en la que pasan toda una mañana viendo cómo funciona el módulo terapéutico,

Las relaciones son por teléfono, y en esa tarea se centra más la trabajadora social del equipo.

- **En el Centro Penitenciario de Zuera, ¿Las mujeres presentan algún tipo de diferencia respecto a los hombres en lo que se refiere al acceso a un programa de tratamiento de drogodependencias?**

En nuestro centro, acceso al programa para las mujeres no resulta para nada más difícil, es verdad, que en el centro puede haber alrededor de unas 100 internas y 1200 chicos, pero por eso mismo no les resulta más difícil incorporarse al programa.

Es posible que las mujeres sufran esa desigualdad, sobre todo en función de su entorno, si tienen hijos, pues sobre ellas recae toda la responsabilidad.

- **Me gustaría saber su opinión acerca de cómo valora la intervención social que se lleva a cabo con la población drogodependiente y con aquella que ha cometido algún tipo de delito relacionado con las drogas. ¿qué mejorarías?**

La población drogodependiente necesita de muchos más recursos de los que hasta hoy tenemos, en nuestra comunidad, y más en la provincia de Huesca, echamos en falta una comunidad terapéutica de tratamiento de las adicciones.

Entiendo que al igual que las unidades de seguimiento ambulatorio son públicas, también debería de haber alguna comunidad terapéutica pública. La privada bastante hace.

También sería necesario para este tipo de delitos, donde el usuario pudiera optar por el programa de tratamiento exterior a la prisión.

También echamos de menos recursos para derivar a aquellas personas que no tienen ese apoyo familiar.

Entrevista profesional nº 3

- **¿Hace cuantos años que se dedica a la intervención en el ámbito social? ¿Y desde cuando se dedica al área de drogodependencias, a la intervención con medidas alternativas a prisión y a la intervención dentro de prisión?**

Llevo especializado desde hace 30 años. Los mismos que llevo trabajando en el área de las drogodependencias.

- **¿Cuánto tiempo lleva realizando intervenciones con personas que cumplen medidas alternativas a prisión y con personas que se encuentran la Cárcel de Zuera?**

A la intervención con medidas alternativas a la prisión, llevaré al menos 20 años. Desde que los jueces permitieron que las penas se pudieran sustituir por programas de rehabilitación, tanto de forma ambulatoria, como en las comunidades terapéuticas.

En prisión llevo trabajando desde Proyecto Hombre unos 6 años.

- **¿Qué labor realizas con personas drogodependientes que se encuentran en el Centro Penitenciario de Zuera?**

Como profesional de Proyecto Hombre, que intervengo con población reclusa, mi dedicación está enfocada a la realización de un tratamiento tanto individual como grupal. Los objetivos van a estar dirigidos a motivar a la persona para que deje de consumir drogas y mejore su calidad de vida dentro de la prisión. Y grupalmente se favorece el conocimiento personal y la ayuda mutua entre los internos, puesto que se trata de reforzar los vínculos de relación con criterios de mejora de la convivencia, de responsabilidad compartida en el módulo, etc.

- **¿Las personas que se encuentran cumpliendo una medida alternativa, carecen de motivación a la hora de la participación en la intervención social?**

Si tienen una suspensión de condena para realizar un programa de rehabilitación, la principal dificultad es que el objetivo del usuario sea evitar volver a ingresar en prisión a toda costa, sin valorar suficientemente el dejar de consumir sustancias, que es lo que va a hacer, entre otras cosas, que a largo plazo se produzca un cambio de estilo de vida y, por tanto, evitar la entrada en el centro penitenciario.

- **¿Qué consideras que es lo más importante que trabajar en la intervención con personas drogodependientes?**

La motivación para dejar de consumir drogas. A menudo evitan el consumo de aquella/s droga/s que han sido más perjudiciales, pero no lo hacen con las que consideran que no han sido tan dañinas.

- **¿Qué dificultades y/o limitaciones sociales consideras presentan las personas que se encuentran en prisión y/o consumen drogas?**

Quizás, en las personas que llevan periodos largos en prisión, sería el rehacer su vida de forma satisfactoria en relación con su familia, su vida laboral, amistades, etc.

Igualmente, sigue existiendo el estigma social de la combinación del consumo de drogas y la comisión de delitos, que ha conllevado el paso por prisión. Aunque a nivel social se rechaza más a las personas que han estado en la cárcel.

- **¿Encuentras diferencias a la hora de intervenir y/o en la forma de responder entre personas de diferentes culturas?**

No encuentro diferencias sustanciales. Sí que el idioma podría ser un impedimento, si no lo dominan. También las dificultades de homologación de la formación que han adquirido en su país de origen, que va a ocasionar problemas para trabajar en aquello que se han formado. El desarraigo familiar que se puede producir si se ha quedado en su país parte o a la totalidad de su familia.

- **En cuanto a personas que tienen una medida alternativa o que están en prisión, en su opinión, ¿Cuáles son los delitos relacionados directa o indirectamente con las drogas cometidos con más frecuencia?**

Delitos contra la salud pública (tráfico de drogas), robo con fuerza en las cosas y robo con intimidación.

- **¿Cuál es su opinión en cuanto al apoyo familiar/social que suelen presentar las personas con las que intervienes?**

Si existe familia, suele haber apoyo cuando regresan al núcleo familiar. Se produce, en algunos casos, el perdón de la familia por el daño causado en la época que han consumido drogas y su estancia en la cárcel. Pero también se produce un cierto cansancio y, pesimismo por parte de la familia, en cuanto a que se produzca un auténtico cambio.

Por supuesto que es muy importante el apoyo familiar para salir adelante.

- **¿Encuentras impedimentos en la intervención con las familias de los usuarios/as?**

La barrera fundamental es el cansancio de años de dolor y sufrimiento acumulado y, como consecuencia, el pesimismo que se produce en la familia si de verdad se producirán cambios en el usuario.

- **¿Consideras que existen diferencias en cuanto a la incorporación de mujeres en los programas de tratamiento por motivos de desigualdades de género?**

Creo que no se producen desigualdades en cuanto a la posibilidad de incorporación en los tratamientos, tanto dentro como fuera de prisión. La duda que puedo tener es si en prisión el trabajo que se realiza con las mujeres se adapta a las peculiaridades específicas del género femenino.

- **Me gustaría saber su opinión acerca de cómo valora la intervención social que se lleva a cabo con la población drogodependiente y con aquella que ha cometido algún tipo de delito relacionado con las drogas. ¿qué mejorarías?**

Mi opinión es que se va dando mayor conciencia social para favorecer la implantación de programas de tratamiento, tanto dentro como fuera de prisión, con personas drogodependientes. Y es por ello, que cada vez más se sustituye la pena privativa de libertad por medidas alternativas, como son los programas de rehabilitación de drogas. Se produce, por tanto, una buena intervención, pero habría que aumentar los recursos humanos para incrementarla dentro del centro penitenciario, con psicólogos, trabajadores sociales, educadores, etc.

Entrevista profesional nº 4

- **¿Desde hace cuánto tiempo se dedica a la intervención con personas drogodependientes?**

Desde 2018

- **Una vez que una persona se somete a tratamiento para dejar el consumo de sustancias tóxicas ¿Qué es lo que primero sueles trabajar?**

Pautar desde el principio unas normas claras de respeto y funcionamiento para poder llevarse a cabo la intervención psicoterapéutica de forma satisfactoria.

- **¿Con qué tipo de dificultades sueles encontrarte en el momento de intervenir con los usuarios/as?**

Las dificultades encontradas son la dificultad en la colaboración y el acatamiento de normas.

- **A nivel social y relacional, ¿Qué aspectos desfavorables o dificultades suelen presentar los individuos?**

Dificultades relacionales y familiares, desempleo, exclusión social, dificultades económicas, problemas adicciones y trastornos mentales.

- **¿Encuentras diferencias a la hora de intervenir y/o en la forma de responder entre personas de diferentes culturas?**

La única diferencia que desmarca un poco más es el incremento en el rechazo o menor contacto ocular cuando son atendidos por una mujer.

- **A la hora de intervenir con personas que tienen una medida alternativa, ¿Cuáles, en tu opinión, son los delitos relacionados directa o indirectamente con las drogas cometidos con más frecuencia?**

Trafico de drogas, hurto y conducción bajo los efectos de sustancias.

- **A nivel general, ¿Qué tipo de apoyo familiar/social suelen tener los usuarios/as? ¿Consideras importante este apoyo en la intervención?**

Contacto familiar frágil o familias desestructuradas.

Si el apoyo familiar es importante para una correcta reinserción social, evolución conductual y psicológica.

- **¿Qué límites suele encontrarse a la hora de trabajar con las familias de los usuarios/as?**

La vergüenza ante la situación y la negación de la situación y la asistencia debida a la prolongación de la intervención.

- **Existe una menor proporción de mujeres que se incorporan al tratamiento de drogodependencias y además que cometen algún acto delictivo, en tu opinión ¿Cuáles crees que son los motivos de estos hechos?**

La mujer por el hecho de ser mujer sigo siendo estigmatizada o peor vista por la sociedad. El estigma de ser mujer, madre y drogodependiente sigue teniendo mucho peso negativo para nuestra sociedad.

- **Me gustaría saber su opinión acerca de cómo valora la intervención social que se lleva a cabo con la población drogodependiente y con aquella que ha cometido algún tipo de delito relacionado con las drogas. ¿qué mejorarías?**

La intervención social es buena, aunque, debería de haber mayor trabajo en red y creación de más recursos para la facilitación de la reincorporación tanto social como laboral.

Es necesario un mayor número de trabajadores para poder atender a este perfil de población.

Entrevista profesional nº 5

- **¿Desde cuándo está especializado en el área de lo social? ¿Hace cuánto tiempo trabaja en la intervención y atención en el área de drogodependencias, a la intervención con medidas alternativas a prisión y a la intervención en prisión?**

Desde hace 37 años en el área de lo social.

Desde hace 36 años cuando se comenzó en el centro penitenciario a tratar el tema de las drogas con los equipos que se fueron formando a nivel multidisciplinar, aunque anteriormente ya estaban los psicólogos en el centro penitenciario. En el área de lo social, se inició en el año 1983 cuando se crearon las plazas de trabajadores sociales, junto con los otros profesionales que se trataban el tema de drogodependencias tanto con los profesionales del centro como con la colaboración posterior de distintas organizaciones, ONGS. Posteriormente, se fue especializando con modelos exclusivos en el tema y distintos y variados programas que se establecieron en los centros en el tema de drogodependencias.

En cuanto a la intervención en medidas alternativas, desde el año 2008 pasé de trabajar en el centro penitenciario cerrado a CIS y al servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas con los distintos programas establecidos para el cumplimiento de las penas en las diversas modalidades de cumplimiento en TBC, suspensión de condena y los diferentes programas que se han ido estableciendo según el tipo de pena y la duración de la misma.

- **¿Qué dificultades sueles encontrarte a la hora de intervenir con este tipo de colectivo?**

En la primera fase (inicios de trabajo), el tratamiento para las personas con problemas de drogodependencia se consideraba como una “misión perdida” para las personas que llevaban tiempo con el problema, y para otros, se consideraba que el que quisiera lo podría dejar “ya que era un vicio”. Hablamos de la época sobre todo de la heroína, la cual se cobró muchas vidas y, sobre todo, gente joven, que bien fallecían o estaban muy deteriorados y los que posteriormente llevo a muchos a ser seropositivos (actualmente y desde hace años con los avances médicos), las personas pasaron a ser enfermos y aún están los graves estragos que produjo.

Las propias personas drogodependientes consideraban que los programas “no servían para nada” solo servían los que ofrecían la variante de tratar con metadona como sustitutivo, este tipo de tratamiento les interesaba más que los programas en sí a partir del tratamiento con metadona y pasando por los distintos profesionales como equipo se pudo seguir entrando en aspectos más personales y enganchando más a la gente en alternativas para dejar el consumo.

Se colaboro estrechamente con proyecto hombre y se llegó a derivar a internos motivados a tratamiento a cumplir el tratamiento fuera del centro penitenciario. Poco a poco se fue avanzando en el reconocimiento del grave problema que llevaba al consumo de drogas a todos los niveles, personal, familiar, social, sanitario y laboral. Para intervenir hay que ir ganándose poco a poco a las personas, manteniendo una labor conjunta hasta que vean el problema lo que conlleva y que con esfuerzo y ayuda se puede ir superándolo. También es cierto que los consumos de drogas y el tipo ha ido cambiando mucho con el tiempo y también el consumo en las diferentes clases sociales y el tipo de droga consumida. A veces en el medio cerrado hay que motivar, hay que conseguir que hay que conseguir la voluntariedad de dejar de hacerlo. En cuanto a nivel de medidas alternativas, es más difícil intervenir con este grupo ya que los que nunca han estado en prisión y que cumplen medidas alternativas, muchos no tienen la conciencia de problema. Con el abordaje ‘previsto o entrevista, lo normal es que la primera pregunta es que todo el mundo consume, que es lo normal hoy en día y que tienen control sobre los que consumen, además de que debería estar legalizado. Por ejemplo: todo

el mundo “fuma porros” e incluso lo consideran que es normal y no tiene ningún problema. Esto es curioso ya que hoy en día hay información suficiente para todos sobre qué pasa y que son las drogas, en ese sentido no se puede decir que hubiese desconocimiento de ellas y sus consecuencias.

En el caso de que sean suspensiones y tengan que seguir tratamiento durante 2-3-5 años, realizan sus controles, sus visitas a psiquiatría en las UASA y se ve que bastantes tienen además patologías duales, no solo cuentan con el problema de la drogodependencia, sino que además otras patologías que deben ser tratadas a la vez. Los controles y el seguimiento se remiten a los Jueces, dando muchos de ellos positivos en consumo, manifestando que llevan muchos años y no lo pueden dejar del todo y otros por “temor” a ingresar a prisión lo van dejando progresivamente.

En cuanto a las medidas de penas más leves en los cuales tienen que realizar un programa impartido por Psicólogos o trabajadores sociales las cuales tienen distintas duraciones, con duración de 6 a 9 meses o incluso de 3 meses la participación del colectivo es difícil que se impliquen y participen ya que, con excepciones, en general lo consideran un mero trámite para cumplir la pena que tienen.

Está claro que las personas que les interesa y quieren dejar el consumo, se implican, preguntan y piden ayuda en los distintos temas.

Las personas con adicciones son impulsivas, poco disciplinadas, el consumo de drogas los llevo a delinquir (robos, atracos, etc.) para poder satisfacer el consumo y el pago de la adicción y por supuesto, el tráfico de drogas y delitos contra la salud pública.

- ¿Qué consideras que es lo más importante que hay que trabajar con los usuarios/as?

Las personas que tienen problemas de acción suelen justificarse siempre con lo que hace y siempre evita hablar del problema que le lleva a realizar los consumos. No les gusta afrontar el problema siempre prefieren justificarlo, ya que eso supone afrontar las consecuencias de porque hacen esto.

Suelen ser personas impulsivas como he dicho anteriormente, con otras patologías añadidas.

Otro dato es que suele haber más hombres que mujeres y esto se debe más a la educación que ha existido y que en las mujeres, el estigma es mayor que en los hombres por el tema de educación.

Considero que lo primero que se tiene que hacer es mantener entrevistas con el usuario, para ir conociéndolos y empatizando con ellos ya que en las primer entrevistas con las personas suelen no decir la verdad y decir lo que ellos piensan que quieres oír. Posteriormente hay que conocer el entorno en el cual vive, las carencias que tiene y los apoyos que tiene. A partir de ahí, ir trabajando con los distintos profesionales el abordaje a realizar. Confrontar y no eludir la problemática que presentan a todos los niveles y comenzar a trabajar las distintas áreas y que sean los mismos los que se vayan implicando y poniendo unas metas a conseguir poco a poco y que vayan valorándose, viendo que pueden ir consiguiendo con ayuda y posteriormente, sin ella. La inclusión regular en el medio con las distintas dificultades y problemas que se presentan en la vida, pero sabiendo afrontar las problemáticas sin eludirlas.

Esto es difícil de trabajar en las medidas alternativas ya que no se dejan implicar debido a que solo acuden una vez semanal a una reunión que la mayoría considera que es una forma de quitarse de en medio la medida sin implicarse apenas.

- **¿Cuál diría que son las principales dificultades con las que se encuentran este tipo de colectivo?**

Como se ha dicho, estas personas, no todas, pero un grupo alto sí, no tienen unas normas de vida establecidas con regularidad, son impulsivos y poco disciplinados, tienen poca capacidad para la frustración y enseguida se refugian en las adicciones.

En cuanto a los más jóvenes, muchos de ellos con problemas, no estudian ni trabajan, no siguen normas ni pautas en sus domicilios. Los que viven en un entorno familiar, se muestran rebeldes y exigentes con los padres y ejercen una “tiranía familiar”.

En cuanto a adultos que tienen un trabajo o una familia a veces, por la problemática que tienen, pierden el trabajo y/o la familia y los lleva a refugiarse más en el consumo. Si no tienen trabajo a veces es más difícil encontrarlo ya que algunos tienen antecedentes o tienen que cumplir alguna medida por lo que son más rechazados a la hora de ingresar en el medio laboral, sin ingresos ni familia o rechazados también por el tiempo que llevan consumiendo, una cosa los lleva a la otra. Y en muchos no salen de su círculo, no son capaces de afrontar el problema, asumirlo y ponerle remedio, en vez de buscar excusas y ellos siempre culpan a la sociedad y al entorno.

Si los jóvenes no se forman luego no pueden acceder más que a trabajos precarios y con pocos ingresos, lo que los lleva a delitos menores y posteriormente, a delitos mayores que los lleva a situaciones marginales y de ahí seguir el círculo de problemáticas asociadas a nivel social, familiar, laboral, etc.

- **¿Encuentras diferencias a la hora de intervenir y/o en la forma de responder entre personas de diferentes culturas?**

Podemos decir que a nivel de europeos (españoles) en este caso, el problema es el que se ha hablado, consideran normal el consumo de drogas obviando que todo el mundo consume. Tráfico de drogas, delitos y robos.

En el sentido de los árabes, por ejemplo, las personas del Magreb consideran el consumo del “hachís” también como algo normal en su cultura, ya que manifiestan que desde niños se ha consumido en sus casas y en su cultura, aunque al principio también lo niegan diciendo que son “bulos” porque reconocen que es algo culturalmente distinto, el consumo de otras adicciones como el alcohol culturalmente rechazado en el mundo árabe, o cocaína manifestando que eso lo consumen al llegar a España como si no fuese con su cultura. Es cierto que también el tráfico de drogas es muy normal como delito en este colectivo. En este caso dicen a todo que sí.

En cuanto a otra cultura como latinos hispanos, el consumo de drogas y alcohol está también muy extendido en algunos de los países, sobre todo el consumo de alcohol de los países, el consumo de alcohol es muy normal en cantidades excesivas y de alta graduación. También el delito es de tráfico de drogas.

El colectivo de “Rumanía” también hay adicciones de alcohol y drogas que siempre o casi siempre viajan y es difícil de abordar “no reconocen” problemáticas y son difíciles de entender y de comunicarse con ellos ya que muchos dicen que no entienden.

Si que hay ciertas diferencias de abordar ya que algunos les cuesta decir la verdad y reconocer los problemas, aunque otros son más abiertos a hablar de ellos y por lo tanto más reactivos a poder intervenir.

- **En los casos que presentan una medida alternativa o que están en prisión, ¿Cuáles consideras son los delitos relacionados directa o indirectamente con las drogas cometidos con más frecuencia?**

Prisión y medidas alternativas: tráfico de drogas, delitos contra la salud pública, robos, homicidio por conducir bajo los efectos de alcohol o drogas o ambos y delitos agresiones, atentados contra la autoridad, seguridad vial.

- **A nivel general y según tu opinión, ¿Qué tipo de apoyo familiar/social suelen tener los usuarios/as?**

Actualmente, la mayoría de las personas consumidoras excepto casos contados, que por ingreso de muchos años de prisión pierden el contacto familiar y social. Actualmente las personas con problemas de adicciones suelen tener todos familiares y redes sociales y cuentan con alguno o varios de estos apoyos.

Es importante tener un contacto con algún punto de apoyo que tengan los usuarios ya que en las personas en las recaídas suelen ser normales por lo que es importante tener estos puntos de apoyo para poder volver a reactivar y seguir intentado la normalización en su vida. Para las personas que no tienen apoyo es difícil no poder tener a alguien que los acompañe y ayuda a reemprender la vida de nuevo, de otra forma se quedan en su círculo cerrado que en ocasiones es la vida en prisión donde tienen “los amigos”, los apoyos buenos o malos, pero no tienen perspectivas de futuro fuera de ese medio, incluso se sienten “temerosos” e inseguros fuera de los amigos de la prisión.

- **¿Qué barreras y/o limites se suele encontrar a la hora de trabajar con las familias de los usuarios/as?**

Las familias suelen colaborar a la hora de trabajar con ellos ya que lo que más desean es la normalización de su vida y reencontrar a los hijos que perdieron en el caso de los padres que recuerden a sus hijos antes del consumo, normalmente como otros tipos de persona. Las familias con una normalización siempre están dispuestas a ayudar y a colaborar en lo que pueden.

Hay otro tipo de familia desestructurada y en ocasiones familias con trayectoria delincencial, las cuales es difícil de abordar la problemática ya que siempre lo justifican el problema y el delito, por lo cual el abordaje a veces es difícil o prácticamente nulo ya que pueden ser vinculados los miembros de la familia con el problema, que viven y han vivido siempre en ese entorno sociofamiliar, por lo cual es muy difícil trabajar pero se busca alguna forma de protección para afrontar el problema y un apoyo social que le desvincula del núcleo familiar y conoce otros tipos de relación y apoyos de integración normalizados.

- **¿Qué barreras sociales suelen encontrarse este tipo de colectivo?**

Formación y empleo: paro juvenil y dificultad social.

Económicos: escasez o carencia de ingresos, economía sumergida, dependen de prestaciones sociales.

Laboral: desempleo, precariedad laboral, falta de cualificación laboral y de experiencia laboral.

Formativo: barreras impuestas, analfabetismo o bajo nivel formativo, su escolarización, fracaso escolar, abandono escolar.

Sanitario: no acceso al sistema sanitario, trastorno mental, discapacidad y/u otras enfermedades, enfermedades infecciosas, enfermedades...

Socio-comunitario/vivienda: acceso precario a la vivienda, vivienda en malas condiciones.

Modelos sociales desregulares, mala situación económica, social, política

Social relacional: deterioro redes familiares, sociales, debilidad redes familiar, sociales

Personal: carencia o escasez de motivación, emociones y sentimientos negativos, pensamientos e ideas negativas, carencia o deterioro desarrollo de habilidades para moverse con resolución en el entorno que viven.

Privación de derechos por proceso penas, no participación política y social, no acceso a la ciudadanía.

- **¿Crees que las mujeres sufren desigualdades en cuanto a la incorporación de programas de tratamiento de drogodependencias?**

Es cierto que la proporción que existe entre hombres y mujeres que sufren adicciones es desigual. Hay muchos más hombres que mujeres igual que la proporción de delitos es mayor en hombres que en mujeres. Sociológicamente se debe a un entorno cultural. A la mujer siempre se le ha visto como la madre, la que tiene que “cuidar” por lo que culturalmente la mujer que tiene un problema de adicciones o penal es más estigmatizada que un hombre al que se considera como más normal este tipo de conductas. Por lo que cuando una mujer sufre algún tipo de adicción lo oculta mucho mas tanto a nivel social como a nivel familiar por el miedo al rechazo social.

En cuanto al acceso a los programas de tratamiento sí que es cierto que hay más programas en los cuales van solo hombres pues el número es mucho mayor. El acceso a los programas en el centro penitenciario es igual para unos que otros, la única diferencia es el numero mucho mayor en hombres en comparación que el de mujeres de todos los módulos solo hay uno de mujeres.

En cuanto a medidas alternativas, el acceso a los programas es igual para todos, no hay diferencias, lo único es que en algunos puede manifestarse solo 1 o 2 mujeres o ninguna en comparación al número de hombres que hay.

- **¿Qué tipo de intervenciones realizas con las personas drogodependientes y cómo es la estructura de estas intervenciones?**
 1. Voluntariedad por parte del usuario
 2. Individualidad.
 3. Psicológicas.
 4. Reuniones de grupo.
 5. Actividades socioculturales y educativas: ocupacionales (talleres), culturales (formación unos con otros o próximas reinserciones sociolaboral), ocio, deportes.

Estructura:

- Entrevista individual.
- Planificación.
- Seguimientos individual y grupo.
- Evaluación.
- **Me gustaría saber su opinión acerca de cómo valora la intervención social que se lleva a cabo con la población drogodependiente y con aquella que ha cometido algún tipo de delito relacionado con las drogas. ¿qué mejorarías?**
 - Reparación daño.
 - Causa-efecto:

Hoy en día socialmente existen los medios, el conocimiento y la difusión para poder intervenir en casos de drogodependencias. También es cierto que debemos partir de que para la intervención desde mi punto de vista es necesario la voluntariedad de la persona para poder actuar con la misma. Si bien es cierto que hay

programas y campañas de prevención a todos los niveles desde el escolar para poder informar e ir captando la atención del problema.

También existen los grupos de familias que con las que a veces inician el contacto para ir después poder entrando con la persona en el problema. Pero insisto, sin su voluntariedad posterior a la hora de intervenir es muy difícil que el resultado sea positivo. Contando que el usuario vaya entrando, aunque evitan recaídas pero que se le vea interés de algún modo de poder salir del problema. Quizá falla algo posteriormente a nivel sociolaboral, quitar el sistema y no pensar a la hora de la inclusión en cuanto a lo laboral y social el problema que han tenido y estar con apoyo por si hubiese recaídas, tienes ese respaldo, pero siempre valorando el trabajo a todos los niveles que realice posteriormente.

En cuanto a las medidas alternativas, es complicado tal y como está el sistema actualmente intervenir en los dos sentidos, el cumplimiento de la pena y el problema. Las personas que vienen en su mayoría no consideran tener ningún problema “controlan” perfectamente es lo que consideran a pesar de que muchos usuarios repiten reiteradamente la conducta.

A nivel judicial esto no se valora o se pone una multa y si no pasa a los TBC (Trabajos beneficio comunidad) que normalmente tal y como esta creado, cumplen en el sitio que los aceptan y se nos facilita y desde mi punto de vista tal y como dice la ley es pura reconstrucción del daño por lo que tenía que ser causa efecto. Si es delito de la seguridad vial que como son problemas de accidente que derivan a ir a cumplir a otro sitio posteriormente según el daño producido que vieran las competencias tal y como si todo se defieren. En casos más relacionados directamente C.S.P-conductas drogas realizan programas de tratamiento drogodependencias.

Entrevista profesional nº6

- **¿Desde cuándo está especializado en el área lo social? ¿Y desde cuando se dedica al área de drogodependencias, a la intervención con medidas alternativas a prisión y en prisión?**

Desde hace 30 años estoy especializado en el área lo social.

Me dedico al área de drogodependencias desde hace 25 años. Llevo 4 años con medidas alternativas a prisión y 30 años intervención social en prisión, también con mujeres.

- **¿Qué barreras sociales suelen experimentar las personas drogodependientes y/o las personas que cumplen una medida alternativa o están en prisión?**

Las de ellos mismos primeramente de autorechazo, no se dan el derecho porque se sienten culpables de haber fallado a la familia y a la sociedad.

Rechazo sociolaboral, familiar, educativo, foros formativos.

Bajo nivel cultural

Baja autoestima, desanimo y falta de habilidades sociales para exponerse a uso de recursos normalizados.

Problemáticas de trastornos duales y psíquicos asociados a las adicciones

- **En tu opinión, ¿Con qué tipo de dificultades sueles encontrarte en el primer momento de la iniciación al tratamiento?**

La autoconfianza en sí mismos, impulsividad y poca conciencia del problema.

La falta de habilidades sociales, falta de control emocional y dificultades familiares, sociales para su plena reinserción social. Dificultades de maduración personal, ser conscientes de los factores de riesgo que los ha llevado al consumo y problemas legales ante las adicciones.

La patología dual, trastorno de conducta antisocial y trastornos psíquicos relacionados con el consumo y la agresividad y la autoagresión a sí mismos, ya que consumir es autodestruirse a sí mismos, la mayoría manifiestan un nivel de autoestima muy bajo y poca tolerancia a la frustración.

La politoxicómana y el abuso a los benzodiacepinas por prescripción facultativa o por tráfico interno entre los reclusos.

La mayoría de población reclusa no quiere acceder a los programas de prevención y tratamiento de las enfermedades por abuso de sustancias, por el compromiso que supone la adquisición de pautas exigentes.

La mayoría de la población reclusa pertenecen a colectivos de marginación social aislados, que sienten las dificultades de integración social en su excarcelación, con niveles culturales escasos y sociofamiliares, además de dificultades económicas.

La adicción al tabaco es mayor que en la población en general.

Los reclusos que he atendido en esta última década minimizan el problema de consumo del alcohol y la cocaína frente al consumo tradicional de heroína y otros.

Habría que favorecer la intervención social con el colectivo de reclusos con más actividades formativas, educativas, laborales, terapéuticas y socioculturales para una eficiente reinserción social plena.

Integración sociolaboral

Aceptación familiar

Rechazo social frente la integración.

- **¿Qué consideras que es lo más importante y lo primero que hay que trabajar con los usuarios/as?**

Ser conscientes de que son personas de riesgo y que la reinserción es posible, sin perder de vista que van a tener que cuidar muchas situaciones de alarma ante la dependencia psíquica de por vida, aceptar que son personas adictivas.

Saber pedir ayuda ante situaciones de crisis

Dejarse acompañar por profesionales expertos durante su cumplimiento de condena y en su fase de excarcelación, informarse de los recursos existentes y las prestaciones y beneficios que les corresponda. Así como, asistir a reuniones y apoyos de entidades para ellos mismos y sus familiares para la fase de reinserción social. Participar en otras entidades de voluntariado, para desarrollar habilidades sociales, estar en un foro que se sientan integrados y valorados, para sentirse bien consigo mismo como factor de prevención. Trabajar una educación integral saludable, ser conscientes de la salud y la enfermedad para auto cuidarse y cuidar a otros, sobre todo aquellas mujeres y hombre reclusos que tienen hijos.

Desarrollar habilidades de itinerario de empleabilidad dentro y fuera de prisión.

Participar en talleres, cursos y charlas formativas, tareas de cooperación en los módulos penitenciarios que vaya generando un carácter de ética moral y de valores reeducativos, para que se ayuden a sí mismos a empoderarse y empoderar a otros.

- **¿Encuentras diferencias en las intervenciones realizadas con personas de diferentes culturas?**

Si, claro.

El grupo de internas con las que trabajamos semanal son 20 mujeres de 105 que hay en el módulo 13 de Zuera. Han pasado 64 mujeres en el año 2019, el 20% son españolas aragonesas y catalanas, el 80% es diverso (etnia gitana, rumanas, árabes, Republica Dominicana, Colombia y Nicaragua). Cada cultura tiene sus costumbres muy arraigadas, diferentes y hay que adaptar metas y objetivos según sus expectativas.

- **En cuanto a las personas que han cometido algún tipo de delito y se encuentran cumpliendo algún tipo de medida alternativa o se encuentran en prisión ¿Cuáles consideras que son los delitos, relacionados con las drogas, que habitualmente se producen?**

En mujeres: robos, hurtos, trafico drogas.

En varones: robos, hurtos, blanqueo de dinero, falsificación documentación, trafico drogas, detección alcoholemia, violencia de género, riesgos seguridad vial

- **A nivel general, ¿Qué nivel de apoyo familiar/social suelen tener los usuarios/as?**

El 40% tienen apoyo familiar, pero solo el 10% se implican altamente.

El resto del 60% no hay apoyo familiar por varias razones; están muy agotados de apoyar y que la persona reclusa no responda y terminan ingresando en prisión o con medidas alternativas al ingreso en prisión, después que la familia ha intentado ayudar para evitar esta situación. A veces escasea el apoyo porque la familia está enferma y no hay miembros que apoyen y en otros casos porque no existe familiares o porque los tienen en otros países de origen.

- **¿Cómo de importante es para usted este apoyo?**

Como profesional experta en adicciones me parece fundamental la intervención terapéutica con el apoyo familiar, tanto para la persona reclusa es un objetivo para plantearse metas en su reinserción social, como para apoyar ,orientar a la familia en el aprendizaje y tratamiento de esta .También para prepararse en su excarcelación y con Programas de Medidas alternativas al ingreso en prisión , para reconducir conductas educativas y familiares , a nivel sistémico familiar o incluso trabajar desde un enfoque psicológico Gestalt

- **¿Qué dificultades consideras que presentan las familias en la intervención habitualmente?**

Las familias consideran que el problema de adicción es por culpa del interno recluso o usuario de Medidas alternativas al ingreso en prisión ,hay que intervenir con ellos lentamente y en un proceso gradual , hay que concienciar a esta que se trata de un grupo sistémico familiar enfermo y que hay que incidir en descubrir cuales son los factores de riesgos y las causas que han llevado a la situación adictiva del paciente/usuario y detectar que miembros familiares han generado la enfermedad, ya que cuesta entender esta premisa y hay mucha resistencia familiar cuando se les intenta aclarar que cada uno ejerce un rol en el grupo “familia” y que de ellos hay algún rol , que favorece la enfermedad ,que el usuario/a adicto/a es quien manifiesta el síntoma. Que entiendan que es un enfermo y como tal hay que abordar un tratamiento terapéutico y psicosocial.

En ocasiones se ha de intervenir en modificar conductas familiares de sobreprotección o de sobreexigencia y acompañar en procesos madurativos y educativos, con respeto a los procesos.

También hay que realizar una labor de empoderar a la familia desde el acompañamiento activo de esta en la intervención, ya que hay que reconocerles sus posibilidades y capacidades de ayuda personal de cada uno y la autoayuda mutua, a la vez que se sientan que ellos son protagonistas de su propio proceso y que tienen las herramientas adecuadas para la rehabilitación plena con la ayuda del acompañamiento activo de un terapeuta o psicólogo experto en adicciones y prisión

- **En cuanto a las mujeres, y según tu experiencia con las mismas, ¿Consideras que existen diferencias y/o desigualdades de género en cuanto a la incorporación de los programas de tratamiento?**

Si, las mujeres tienden a solicitar programas de atención al drogodependiente en prisión, en la primera fase se le realiza una valoración y seguimiento individual durante unos meses en el propio modulo, es complicado porque las mujeres reclusas lo tienen más difícil, porque están hacinadas en el mismo modulo todas con diferentes delitos y grados de peligrosidad. Algunas mujeres reclusas no les importan esforzarse en ningún objetivo, ya que pueden estar cumpliendo una condena de muchos años y están desmotivadas y no todas son por problemáticas de adicción, con lo cual el estar todas juntas clasificadas en el mismo espacio del módulo complica mucho el grado de motivación al cambio. También hay trapicheos y abusos de benzodicepinas y no es fácil decir que no al consumo.

Colaboré en la creación de la puesta en funcionamiento los módulos mixtos terapéuticos de adicciones en la prisión de Zuera y del módulo de respeto .En estos 19 años he reflexionado mucho en cuanto las resistencias de genero de las mujeres en los ingresos a los módulos y me parece que los motivos son entre otros; que son módulos muy exigentes en cuanto a normas de no mezclarse con familiares de riesgo y otros internxs, no ver a sus hijos hasta que se pacte, acordar medidas más restrictivas de dinero, llamadas, normas del propio modulo educativas terapéuticas que son eficientes pero que desde su valoración les cuesta realizar ese esfuerzo y el tema emocional. Creo que en un futuro se tendría que reestructurar de otra forma, al igual que las comunidades terapéuticas externas de rehabilitación tendría que haber solo de género, ya que requieren otro tipo de intervención a la masculina.

Tengo que añadir que en régimen ambulatorio las mujeres están acudiendo más que hace 10 años a consulta ambulatoria y grupal, es un perfil variado con trastorno de personalidad y otras patologías, asociado al consumo de tóxicos, más jóvenes con adicción del alcohol y cocaína, escasamente ludopatía.

Actualmente son más las demandas de las mujeres por problemática de alcohol, antes se encubría más esta adicción en el hogar y costaba más pedir ayuda.

- **En cuanto a las intervenciones que realizas en prisión, ¿Cómo estructuras las intervenciones con las personas drogodependientes?**

- Atención individual para valoración terapéutica de su situación personal, familiar, social, jurídica, medica, toxicología, psíquica, formativa, cultural, laboral, económica y de salud biopsicosocial.
- Atención familiar externa para aquellos que solicitan y permiten contactar con sus familiares
- Entrevista informativa para conocer los recursos internos y externos en ayuda a las problemáticas de adicción y entrega de la Guía de “Enlazados” donde se le informa de todas las entidades que participamos e intervenimos dentro de la prisión de Zuera y que competencias tiene cada una.
- Seguimiento individual de tratamiento para motivación a la abstinencia de consumo de tóxicos y motivación al cambio.
- Seguimiento para el inicio de un programa interno en el módulo terapéutico de adicciones de prisión o en el módulo de respeto como fase previa anterior.
- Acompañamiento para entender la de adquisición de pautas terapéuticas, normas de seguimiento del programa y análisis test orina para ver el grado motivación y compromiso.
- Entrevistas de iniciación y preparación al ingreso de la segunda fase del módulo terapéutico.
- Entrevista para derivación a comunidades terapéuticas de rehabilitación externas a prisión
- Entrevistas con el interno y los profesionales del módulo del GAD (grupo de atención al drogodependiente) de la junta de tratamiento para explicarles el protocolo a seguir en su posible excarcelación a un recurso residencial terapéutico de rehabilitación para finalizar su condena en esta.

- **Me gustaría saber su opinión acerca de cómo valora la intervención social que se lleva a cabo con la población drogodependiente y con aquella que ha cometido algún tipo de delito relacionado con las drogas. ¿qué mejorarías?**

La intervención social que se lleva a cabo con la población drogodependiente la valoro positiva, en cuanto al enfoque multidisciplinar y a la regularización de la intervención sobre Los Planes autonómicos de adicciones. Se intenta abordar desde la demanda inicial de la persona y la familia que solicita ayuda, con una valoración interdisciplinar, evaluando los procesos multidimensionales y los programas diseñados para el itinerario personalizado que se pactan en la intervención tanto en la fase de acogida, desintoxicación, deshabitación y de reinserción social. El desarrollo del proceso es complejo y es importante el abordaje y las aportaciones del Trabajador Social, así como otros profesionales intervinientes, sin perder de vista que ha de hacerse desde un enfoque BIOPSICOSOCIAL de la persona afectada. Resalto como importante que se ha avanzado en la intervención familiar y con el paciente, tanto en la normalización del propio problema adictivo como en considerar que la persona y la familia tienen las herramientas terapéuticas para la plena rehabilitación en coordinación con los profesionales que intervienen en la propia comunidad, (médicos, psiquiatras, educación, empleo, etc.).

La coordinación entre profesionales de las diferentes entidades públicas y privadas de la comunidad, así como el seguimiento y acompañamiento ha favorecido el apoyo en la plena rehabilitación e integración social.

Sin embargo, faltan retos a lograr como es el mejorar los recursos ambulatorios en adicciones y los residenciales, incrementar las plazas hospitalarias para pacientes con problemáticas de salud mental y adicciones y para que la población diana este sostenida y pueda lograr su plena recuperación.

Otro aspecto a mejorar sería la dotación de mayor recursos humanos, económicos y materiales a las entidades que intervienen en régimen ambulatorio tanto público como privado y complementar la intervención, ya que cuentan con escasos recursos para el abordaje integral, en el caso de Aragón no todas las Unidades de atención y seguimiento de adicciones de Salud Pública cuentan con suficientes profesionales para el abordaje integral y en cuanto a las plazas de régimen residencial, en general no son suficientes a nivel nacional, en el caso de Aragón solo existe una comunidad terapéutica de 45 plazas concertada de la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza para toda la Comunidad Autónoma.

Sin embargo, se ha avanzado en los tratamientos de administración de metadona a pacientes crónicos y antiguos consumidores de heroína, incluso se ha erradicado la enfermedad y tratamientos del VIH por las campañas de información, que hay que continuar insistiendo, sobre todo en las enfermedades de transmisión sexual.

Otro aspecto a mejorar, según mi experiencia como docente en formación a profesionales del ámbito social, sanitario, educativo y psicológico, es la falta de información en recursos de la zona y del resto de Aragón, la actualización de las líneas de intervención de los Planes autonómicos en adicciones en materia de prevención, asistencial y comunitario, esto debilita el trabajo en red y como consecuencia la ineficacia en la atención a las personas y sus problemáticas.

Otro reto que nos enfrentamos en el siglo XXI es la adicción a la ludopatía, y en este campo de intervención psicosocial hay mucho que avanzar. En los Centros penitenciarios se empieza a contemplar los Programas a desarrollar por las entidades expertas en esta materia.

Mi valoración en la intervención social que se lleva a cabo con la población drogodependiente que ha cometido algún tipo de delito relacionado con las drogas, es favorable, aunque que dan retos pendientes.

Se ha avanzado en materia de jurisprudencia en las sentencias judiciales, por robos o asuntos relacionados con delitos de las adicciones, sobre todo con aquellas personas primarias y se han planteado la sustitución del cumplimiento de la pena por Medidas alternativas al ingreso en prisión. Es una respuesta sancionadora menos punitiva que el ingreso en un centro penitenciario, se abordan las causas que originaron el delito, se incide en la prevención y en una futura recaída. Se evitan efectos desocializadores, ejerciendo un efecto reparador a la sociedad. El infractor está cumpliendo su condena impuesta por el juez, pero de diferente manera que, si entrara en prisión. Son personas que presentan un comportamiento adictivo en cuanto al uso/abuso de los tóxicos y que realizan horas en beneficio a la comunidad.

En cuanto a las personas que ingresan en prisión, se ha mejorado la intervención social intrapenitenciarios, si hacemos un recorrido desde los años 80. Al principio se intervino para erradicar las enfermedades de transmisión sexual y el VIH con tratamientos específicos. Fue Proyecto Hombre la primera entidad en España, que apoyo de forma voluntaria la atención individual y familiar de los reclusos drogodependientes en coordinación con los profesionales de los equipos de tratamiento penitenciario (psicólogo, jurista, educador, Trabajador social, medico) de los módulos penitenciarios. En estos últimos 20 años se abrieron los programas del GAD (grupo de atención al drogodependiente), ofreciendo apoyo terapéutico individual desde el ingreso

del penado en prisión y realizando fases diferentes hasta que puede ingresar en un módulo específico de tratamiento para su rehabilitación plena en adicciones, que en ocasiones va acompañado de recursos externos residenciales en su excarcelación, como pueden ser las comunidades terapéuticas para la plena reinserción de su proceso. El propio centro penitenciario favorece la coordinación con otros profesionales dentro y fuera de prisión, para favorecer la plena reinserción del recluso. Generalmente son profesionales de ONG que intervienen con Programas dentro del Centro penitenciario.

En cuanto aspectos a mejorar, creo que lo más importante es el seguimiento y acompañamiento a la persona y la familia para trabajar la voluntad al cambio de conductas adictivas y sobre todo la toma de conciencia de la adicción y las causas que han generado la enfermedad y los factores de riesgo.

Creo que hace falta un cambio de mentalidad social, entender que una persona adicta es un enfermo, fuera de juicios, que le rodean muchos factores de riesgo (individuales, familiares, educativos, sociales, macrosociales, etc.) y que hay que enfocar el problema con otra mirada, que es la de entender que todos estamos o deberíamos estar implicados con ellos desde la comunidad y el trabajo en red.

Habría que mejorar la posibilidad laboral, creo que hay que apoyar los programas de Inserción laboral, tanto formativo como de itinerario de empleabilidad y favorecer a los empresarios en la posibilidad de contratación, salvando estereotipos. La excarcelación lleva consigo una ayuda económica si ha estado más de un año cumpliendo, pero es insuficiente, ya que posteriormente ha de regularizar su área laboral. El alto índice de paro no favorece la inclusión.

Mejoraría el apoyo de recursos a las entidades privadas que intervienen con este colectivo, para favorecer el empoderamiento y dotar a la persona y familias de reclusos su normalización en la sociedad.

9. Bibliografía

- Ander-Egg, E. (1995). Técnicas de investigación social. Recuperado el 20 de abril de 2020, de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36539653/IT_Ander-Egg_1.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTECNICAS_DE_INVESTIGACION_SOCIAL.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=ASIATUSBJ6BABLP552M5%2F20200505%2Fus-east
- Cutiño Raya, S. (2015). Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 17 (11). Recuperado el 09 de marzo de 2020, de <https://core.ac.uk/download/pdf/79138158.pdf>
- De la Fuente, L., Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M. J., Neira-León, M., & Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 80 (5), 505-520. Recuperado el 28 de febrero de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1135-57272006000500009
- Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES). (1995-2017). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado el 30 de marzo de 2020, de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDAD_ES_2017_Informe.pdf
- Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). (1994-2018). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado el 30 de marzo de 2020, de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf
- (2018). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2018. Informe Aragón*. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Recuperado el 20 de abril de 2020, de https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/Informe_ESTUDES_2018_ARAGON.pdf/8e79bb5c-9c89-3beb-884f-9cfe295c8cf4?t=1574338020900
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones. Vol 28. nº1*, 48-56. Recuperado el 04 de marzo de 2020, de <http://salud.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/790/757>
- (2019). *Estadísticas 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Gobierno de España., Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado el 20 de abril de 2020, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019ODA-ESTADISTICAS.pdf>
- Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. (s.f.). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado el 27 de marzo de 2020, de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
- Fernández-Espejo, E. (2002). Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Revista de neurología*, 34 (7), 659-664. Recuperado el 27 de febrero de 2020, de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/32332/basesneurobiologicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- García, S., & Arévalo, D. (2015). La intervención con población drogodependiente en situación de calle. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 94-112. Recuperado el 15 de abril de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5612796>
- Gobierno de España. Ministerio de Interior. (s.f.). *Institución Penitenciaria*. Recuperado el 02 de mayo de 2020, de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/cis.html>
- III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón. (2018-2024). Gobierno de Aragón. Recuperado el 28 de marzo de 2020, de https://www.coppa.es/gestor/uploads/areas/III_Plan_Adicciones_Aragon_web_compressed.pdf
- Infante, C., Barrio, G., & Martín, E. (2003). Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. *Adicciones* 15 (5), 77-96. Recuperado el 28 de febrero de 2020, de <http://m.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/454/450>
- (2019). *Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Gobierno de España, Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Recuperado el 20 de abril de 2020, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OE-DA-INFORME.pdf>
- Kramer, J., Cameron, D., & World Health Organization. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 01 de marzo de 2020, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40467/9243540483_es.pdf
- Leganés Gómez, S. (2010). *Drogas, delincuencia y enfermedad mental*. Recuperado el marzo de 2020, de https://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n4_9.pdf
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. (s.f.). *Boletín Oficial del Estado*. Recuperado el 18 de marzo de 2020, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1979/BOE-A-1979-23708-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (s.f.). *Boletín Oficial del Estado*. Recuperado el 18 de marzo de 2020, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
- Martín, E. (2007). Psicología y atención a la drogodependencia en España: una visión histórica. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 28(1), 41-48. Recuperado el 28 de febrero de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828106.pdf>
- Medina Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24 (4), 3-19. Recuperado el 28 de febrero de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam014b.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). *Resumen. Conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Informe Mundial sobre las Drogas*. Recuperado el 09 de marzo de 2020, de https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
- Otero, J. (1994). *Droga y delincuencia : concepto, medida y estado actual del conocimiento*. EUDEMA. Recuperado el 01 de marzo de 2020

- Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020. (s.f.). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado el 27 de marzo de 2020, de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf
- Plan de Acción sobre Adicciones. (2018-2020). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado el 31 de marzo de 2020, de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf
- Plan Nacional sobre Drogas. (1985). Ministerio de Sanidad y Consumo . Recuperado el 27 de marzo de 2020, de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/Introduccion/pdf/pnd1985.pdf>
- Plan Nacional Sobre Drogas 1985-2015. (s.f.). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 28 de marzo de 2020, de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/noticiasEventos/dossier/pdf/160219_PLAN_NACIONAL SOBRE DROGAS.pdf
- Real Academia Española:Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed. (s.f.). Recuperado el 08 de marzo de 2020, de RAE: <https://www.rae.es/>
- Santibáñez, R., & Ruiz, M. (2014). Prisión, drogas y educación social. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 57, 118-134. Recuperado el 09 de marzo de 2020, de https://www.researchgate.net/profile/Marta_Ruiz3/publication/272822463_Prision_drogas_y_educacion_social/links/54f030200cf2495330e412c8/Prision-drogas-y-educacion-social.pdf
- Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. (s.f.). Instrucción 3/2011, Plan de intervención general en materia de drogas en la institución penitenciaria. Recuperado el 14 de marzo de 2020, de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/I_03-2011.pdf
- Segretaría General Instituciones Penitenciarias. (s.f.). *Programas de intervención con drogodependientes*. Recuperado el 14 de marzo de 2020, de Institución Penitenciaria: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/drogodependencia.html>
- Sendino, R., Álvarez, E., Arroyo, J., Acín, E., & Guerrero, R. (2016). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas de internados en instituciones penitenciarias*. Recuperado el 19 de marzo de 2020, de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf>
- World Health Organization. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado el marzo de 2020, de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf